



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Reabilitação**

Quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, para a mobilização precoce do doente internado numa UCI

**Susana Maria Coelho Correia**

**2012**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

### **Enfermagem de Reabilitação**

Quais os factores que influenciam a tomada de  
decisão do enfermeiro, para a mobilização  
precoce do doente internado numa UCI

**Dissertação de Mestrado por: Susana Maria Coelho Correia**

**Orientador: Professor João Carlos Barreiros dos Santos**

**2012**



“O mais importante de tudo é nunca deixar de se perguntar. A curiosidade tem sua própria razão de existir.”

**Albert Einstein**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador da Tese de Mestrado, Professor João Carlos Barreiros dos Santos por todo o processo formativo, apoio e disponibilidade.

Aos Directores de Enfermagem dos Hospitais Centrais de Lisboa Ocidental e de Lisboa Norte, pela autorização para a realização deste estudo.

Aos colegas Enfermeiros Especialistas em Reabilitação que colaboraram neste estudo, um agradecimento especial, por se terem disponibilizado no preenchimento dos questionários.

Ao Enfermeiro Carlos Alberto Costa, pela ajuda preciosa na utilização do programa SPSS e no tratamento dos dados.

À minha mãe, Albina Correia, á minha família e aos meus amigos, pelo seu apoio incondicional e ajuda para atingir mais um objectivo da minha vida...

## RESUMO

Os cuidados prestados nas UCI têm vindo a melhorar significativamente, levando a um aumento da taxa de sobreviventes e das taxas de doentes dependentes do ventilador. Existe um elevado grau de dependência nos doentes após a alta de uma UCI, trazendo um impacto muito negativo na sua qualidade de vida. A mobilização precoce, pode melhorar as alterações decorrentes do internamento na UCI e reduzir os custos elevados a ele associados. Aquela desempenha um papel fundamental na melhoria global da funcionalidade, otimizando o desempenho respiratório e físico, melhorando a tolerância ao esforço e reduzindo os efeitos secundários da imobilidade.

O presente estudo pretende conhecer a realidade das UCI Portuguesas e identificar quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, para a mobilização precoce do doente internado numa UCI. Optou-se por um estudo descritivo-correlacional, de carácter quantitativo e para a recolha de dados utilizou-se um questionário. Participaram no estudo 30 enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a prestarem cuidados numa UCI, num Hospital de Lisboa.

Dos resultados obtidos poderá concluir-se que quem decide maioritariamente, quando o doente deve iniciar a mobilização precoce, e quem mais executa o programa de mobilização, é o enfermeiro Especialista em Reabilitação, vindo demonstrar a sua responsabilidade e importância, na prevenção dos efeitos da imobilidade e na promoção da qualidade de vida após a alta, do doente internado numa UCI. Conclui-se que os factores objectivos (tais como a pressão arterial, a SpO<sub>2</sub> e frequência respiratória) são os mais tidos em conta na tomada de decisão para iniciar a mobilização e para monitorizar o doente, em contrapartida, os factores subjectivos (tais como a dor, a estabilidade do doente e a fadiga), são mais valorizados aquando da decisão da frequência das mobilizações e da sua duração. Os exercícios mais prescritos e executados, são as mobilizações activas/activas assistidas, sentar em cadeirão ou cadeira, exercícios no leito, sentar á beira da cama e as transferências da cama para o cadeirão ou cadeira.

A mobilização precoce está indicada a todos os doentes internados numa UCI, á excepção do doente com instabilidade hemodinâmica, sendo esta a contra-indicação mais referida pelos enfermeiros.

Palavras-Chave: Mobilização Precoce, tomada de decisão, enfermagem de Reabilitação

## **ABSTRACT**

The quality of ICU care has been increasing for the past years leading to a higher rate of surviving and long time dependents on ventilation rates. It has been shown that the degree of dependence shown by those who left intensive care units is huge and has a direct impact on their quality of life.

Early mobility can improve the consequences related to the time spent on intensive care and can also reduce the high costs associated with it. They also have a leading role in functionality improvement, breathing and physical improvement performance, increasing the exercise and effort's tolerance and reducing the immobility's consequences.

The aim of the present study is therefore to know the reality of Portuguese's ICU and identify the factors that influence the nurse's decision making regarding the early mobilization on ICU patients. It was chosen a correctional descriptive study, of quantitative nature whose instrument of data collection was a questionnaire. 30 Rehabilitation specialized nurses working in ICU, of a hospital, in Lisbon, took part of the study.

In conclusion the objective factors are the most relevant in the process of decision making regarding the start of early mobilizations and monitoring the patient, on the other hand, subjective factors are a key factor for deciding the time and frequency for mobilization.

The exercises mainly prescribed and executed are active/active assisted mobilization, lifting and sitting in a chair, bed exercises, sitting in the bed edge and transferring from bed to a chair or wheel chair.

From the results emerged we could realize that the ICU patient should initiate as soon as possible early mobilizations, these programs are executed mainly by a rehabilitation nurse, demonstrating the responsibility and role relevance increasing in preventing the immobilization consequences and the quality of life promotion after the ICU patient discharge.

Early mobilization is indicated for all patients admitted to an ICU, with exception of patients with hemodynamic instability, which is a contraindication to most reported by nurses.

**Key words:** Early mobilization, decision making, Rehabilitation nurse

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

FCCS – Fundamental Critical Care Support

HDFVVC – Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

OE – Ordem do Enfermeiros

RCP- Ressuscitação Cardio-Pulmonar

SARA – Síndrome de dificuldade respiratório no adulto

SpO2 – Saturação periférica de Oxigénio

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

TCE – Traumatismo Craneo Encefálico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

## **SUMÁRIO**

<b>0. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1. RELEVÂNCIA DO ESTUDO PARA O DOMÍNIO DA ENFERMAGEM</b>	<b>14</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Competências específicas para a tomada de decisão na implementação da mobilização precoce na UCI</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Programas de mobilização precoce numa UCI</b>	<b>23</b>
<b>3. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Tipo de estudo</b>	<b>30</b>
<b>3.2 População/ Amostra</b>	<b>31</b>
<b>3.3 Variáveis</b>	<b>32</b>
<b>3.4 Instrumento de colheita de dados</b>	<b>32</b>
<b>3.5 Princípios éticos</b>	<b>35</b>
<b>3.6 Procedimentos</b>	<b>35</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Caracterização dos sujeitos</b>	<b>37</b>
<b>4.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados</b>	<b>39</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>68</b>



## **ANEXOS**

<b>ANEXO I – Pedido de autorização á autora do questionário para a utilização do questionário</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO II – Resposta ao pedido de autorização para a utilização do questionário</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO III – Instrumento de Colheita de Dados</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO IV - Pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao Centro Hospitalar de Lisboa Central</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO V – Pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO VI – Pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO VII - Resposta ao pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO VIII - Resposta ao pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte</b>	<b>90</b>
<b>ANEXO IX - Resultados obtidos do tratamento estatístico em SPSS</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO X – Factores referenciados como aqueles que influenciam na tomada de decisão, para o início, a frequência, a duração e para prosseguir com a mobilização, na UCI.</b>	<b>142</b>
<b>ANEXO XI - Exercícios prescritos e executados na UCI e exercícios prescritos e executados na fase de desmame da Ventilação Mecânica.</b>	<b>144</b>

## **LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS**

<b>Quadro 1 – Apresentação dos Hospitais e Unidades incluídas no estudo, com o respectivo número de questionários obtidos.</b>	<b>36</b>
<b>Gráfico 1 – Tipo de patologias admitidas nas UCI, incluídas no estudo.</b>	<b>38</b>
<b>Gráfico 2 – Exercícios prescritos e executados pelos enfermeiros na UCI.</b>	<b>41</b>
<b>Gráfico 3 – Circunstâncias em que o exercício é referido como contra-indicado.</b>	<b>42</b>
<b>Gráfico 4 – Factores referidos como aqueles que influenciam a tomada de decisão para iniciar a Mobilização.</b>	<b>45</b>
<b>Gráfico 5 – Frequência com que os doentes são mobilizados na UCI.</b>	<b>47</b>
<b>Gráfico 6 – Quem executa um programa de mobilização na UCI.</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico 7 - Factores referidos como aqueles que influenciam a tomada de decisão para a frequência da Mobilização na UCI.</b>	<b>50</b>
<b>Gráfico 8 - Factores referidos como aqueles que influenciam a tomada de decisão acerca da duração das sessões de mobilização na UCI.</b>	<b>51</b>
<b>Gráfico 9 - O que se monitoriza, durante a mobilização do doente na UCI.</b>	<b>53</b>
<b>Gráfico 10 – Factores referidos como aqueles que influenciam a avaliação da capacidade do doente para prosseguir com a mobilização na UCI.</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico 11 - Exercícios prescritos e executados pelos Enfermeiros na UCI, em doentes que estão em fase de desmame da ventilação mecânica.</b>	<b>58</b>

## 0. INTRODUÇÃO

A enfermagem, assim como todas as ciências, necessita de ter uma base de conhecimento científico para que possa, a partir deste, fundamentar a prática dos cuidados. Actualmente, a enfermagem baseada na evidência, tem vindo a ganhar um interesse crescente, pois existe cada vez mais a necessidade de justificar, com base num conhecimento científico, as decisões tomadas e os cuidados prestados.

Segundo Fortin (1999), a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos, sendo um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de uma investigação. Sendo através desta, que uma dada disciplina cria uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão.

Cada vez mais, para além da qualidade dos cuidados prestados, os custos elevados dos cuidados de saúde são uma prioridade das nossas instituições. Principalmente quando se trata de uma UCI, em que os gastos com os cuidados prestados atingem valores exponencialmente altos, segundo dados da ACSS, em 2006, o custo unitário directo por dia de internamento numa UCI geral foi de 818,52 euros. É indócil encontrar a esta preocupação que o presente estudo tem a sua pertinência, pois não só procura ampliar e desenvolver o conhecimento científico, de forma a reduzir o tempo de internamento dos doentes numa UCI, como também, procura contribuir para o aumento da eficácia das intervenções de enfermagem, melhorando a qualidade de vida dos doentes, durante o internamento e após a alta.

O enfermeiro deve tomar as suas decisões de carácter clínico, baseado em informações cientificamente documentadas pois é, não só, responsável pelos cuidados prestados ao doente, como também pela identidade da sua própria profissão.

O enfermeiro Especialista em Reabilitação tem o dever de fomentar a melhoria dos cuidados prestados e se necessário, mudar a cultura das UCI, intervindo com uma prática baseada na evidência, pois compete ao enfermeiro Especialista, pelos conhecimentos que possui, a prevenção dos efeitos da imobilidade e aumentar a funcionalidade do doente internado em UCI.

Num estudo elaborado por Hopkins (as cited in Kelly, 2008, February), constatou-se que em doentes internados numa UCI, no momento da alta Hospitalar, 50% eram incapazes de voltar à sua vida profissional devido à fadiga, baixa condição física, fraqueza, problemas cognitivos e deficits na funcionalidade e constatou-se também que, mesmo após dois anos da alta hospitalar, apresentavam melhoras consideráveis na sua capacidade funcional, mas não ao mesmo nível de uma pessoa saudável, verificando-se particularmente nas tarefas de vida diária. Nos doentes internados numa UCI, devido à imobilidade, existe uma disfunção inflamatória que pode ser corrigida quando os doentes têm algum tipo de mobilização, pois esta reduz as citocinas pro-inflamatórias, como a interleucina 6 (IL- 6) e um aumenta as citocinas anti-inflamatórias, como as IL- 10 (Winkelman, as cited in Kelly, 2008, February).

Apesar de ser um conhecimento comum da importância da mobilização precoce, ainda existem muito poucos dados publicados em Portugal, acerca da mobilização que é feita nas Unidades Portuguesas e dos exercícios que são prescritos ao doente crítico.

Com o presente estudo, proponho-me então estudar as seguintes questões:

- O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação prescreve algum tipo de mobilização precoce para o doente crítico?
- Que tipo de mobilizações são feitas nas UCI Portuguesas?
- Quais os factores que influenciam a tomada a decisão do enfermeiro para iniciar, progredir e terminar a mobilização precoce de um doente internado numa UCI?
- Existem diferenças nas prescrições para o doente ventilado e para o doente em respiração espontânea?
- Que instrumentos são utilizados para medir os resultados da mobilização precoce?

Através deste estudo, pretendo atingir o seguinte objectivo: Identificar quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, para a mobilização precoce do doente internado numa UCI.

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, que decorreu entre 2010 e 2012.

Este trabalho é composto inicialmente por um capítulo onde é descrito a relevância deste estudo para o domínio da Enfermagem, sendo abordado a problemática da imobilidade dos doentes internados numa UCI, as consequências na qualidade de vida do doente após a alta Hospitalar e a necessidade de existir nas nossas Unidades, um programa de mobilização precoce. De seguida procede-se á contextualização teórica acerca dos

efeitos da imobilidade no doente internado numa UCI, quais os benefícios de uma mobilização precoce, que tipo de programas existem e quais os ganhos na qualidade de vida. Também são descritas as competências necessárias para o enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, prescrever e executar um programa de mobilização precoce e por fim quais as barreiras existentes neste tipo de mobilização.

Posteriormente, são descritas as opções metodológicas escolhidas e a forma como foi operacionalizado o desenho do presente estudo. Segue-se a análise e a discussão dos dados obtidos.

Para terminar é feita a conclusão do estudo, assim como alguma reflexão da sua pertinência para a melhoria dos cuidados prestados em UCI e sugestões para novas abordagens na área da investigação.

## 1. RELEVÂNCIA DO ESTUDO PARA O DOMÍNIO DA ENFERMAGEM

Reconhece-se que nas últimas décadas, os cuidados prestados nas UCI, têm vindo a melhorar significativamente, devido às novas tecnologias existentes e à optimização da ventilação mecânica, levando a um aumento da taxa de sobreviventes e das taxas de doentes dependentes do ventilador. Existe uma grande evidência do elevado grau de dependência que os doentes demonstram após a alta de uma UCI, trazendo um impacto muito negativo na sua qualidade de vida (Hildreth et al, 2010, February).

A Ordem dos Enfermeiros vem salientar a importância crescente da Enfermagem de Reabilitação, neste contexto “...com o avanço da tecnologia e do conhecimento na área da saúde, cada vez mais pessoas sobrevivem a lesões potencialmente fatais (os acidentes de viação e de trabalho, entre outros) e as pessoas com doença crónica vivem mais anos. A necessidade de cuidados de reabilitação nestas populações está em expansão e constitui um desafio para os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação” (OE, 2011, p.2).

A condição dos doentes internados nas UCI e que estão confinados ao leito, está actualmente bem documentada e pode persistir muitos meses após a alta desta Unidade. É relatado, por doentes que sobreviveram a uma doença crítica, a existência de exaustão, fraqueza muscular, pouco equilíbrio e medo de cair no período que precede à alta de uma UCI (Thomas, 2009).

A sobrevivência a longo prazo, dos doentes ventilados mecanicamente, tem contribuído para uma consequência, não intencional, do aumento da fadiga e diminuição da força muscular. Perme e Chandrashekar (2009, February) referem que, após uma semana de repouso, a força muscular diminui até 20%, com uma redução adicional de 20% na força, por cada semana de repouso no leito. Esta diminuição da força muscular atinge principalmente músculos anti-gravitacionais (Bourdin et al, 2010, April).

A fraqueza muscular origina um aumento no consumo de oxigénio e trás ainda mais desafios para o desmame ventilatório, levando a um aumento do tempo de internamento na UCI.

A etiologia da fraqueza muscular é multifactorial, podendo estar na origem uma fraqueza já existente antes da admissão, disfunções neuromusculares relacionadas com a doença crítica (como por ex. neuropatia, miopatia), a administração de drogas (como por ex. corticoesteróides), a hiperglicémia ou a imobilidade, muitas vezes imposta pela

instabilidade hemodinâmica que estes doentes apresentam. Como já são conhecidos os efeitos secundários da imobilidade, nos últimos anos, o foco de atenção dos profissionais que trabalham em UCI, inclui a investigação que explora as mudanças na prestação de cuidados e que podem melhorar os resultados a longo prazo.

Estudos elaborados anteriormente demonstram os graves efeitos nocivos que a condição de estar confinado ao leito, presente nos doentes internados em UCI, provoca na capacidade funcional de cada doente. Estes mesmos estudos vêm demonstrar como a mobilização precoce de um doente em cuidados intensivos, pode minimizar ou até mesmo reverter estes efeitos. (Hildreth et al., 2010, February; Yang et al., 2010, July; Needhman et al., 2010, April). Os doentes que estão internados numa UCI, vêm-se restringidos ao leito devido à sua doença e a todo o equipamento que o circunda, equipamento este que muitas vezes é visto como uma barreira para a mobilização do próprio doente (Perme & Chandrashekar, 2009, February).

Para além da fraqueza muscular, muitos outros factores contribuem para que haja um decréscimo acentuado na capacidade funcional do doente, nomeadamente a privação do sono, a falta de interacção social, a resposta inadequada às necessidades nutricionais e a sedação (Perme & Chandrashekar 2009, February).

A mobilização precoce dos doentes internados nas UCI ou seja, exercícios terapêuticos implementados o mais precocemente após a admissão e quando hemodinamicamente estáveis, pode melhorar as alterações decorrentes deste internamento e reduzir os custos elevados a ele associados. A mobilização precoce desempenha um papel fundamental na melhoria global da funcionalidade, optimizando o desempenho respiratório e físico, melhorando a tolerância ao esforço e reduzindo os efeitos secundários da imobilidade, por grandes períodos de tempo. Os efeitos psicológicos positivos, são outros dos efeitos observados na mobilização precoce de um doente em cuidados intensivos, pois uma vez constatados os progressos a nível funcional, pelo doente, este desenvolve uma visão positiva da sua recuperação.

A utilização de programas de reabilitação e de protocolos bem definidos de mobilização precoce numa UCI, contribui para que haja uma diminuição no tempo de internamento nestas unidades e no Hospital em geral, prevenindo também a readmissão dos doentes (Morris et al., 2008; Thomas, 2009). O objectivo principal de um programa de mobilização precoce é o de promover um nível máximo de independência aquando da alta hospitalar e um aumento da capacidade de deambulação, para os doentes que satisfazem os critérios

para o treino da marcha. Tanto os protocolos como os programas de reabilitação precoce, são necessários existirem, pois eles permitem ao enfermeiro e à restante equipa multidisciplinar, assegurar uma adequada monitorização e supervisão, durante a mobilização dos doentes. Sendo estes, viáveis, seguros e eficazes, não aumentando os custos dos cuidados (Morris et al., 2008).

A existência de um programa de reabilitação motora, para além de aumentar o sucesso do desmame ventilatório e aumentar a mobilidade dos doentes (Yang et al., 2010, July) contribui para que estes iniciem a mobilização muito mais cedo, incluindo a execução do primeiro levante (Bourdin et al, 2010, April; Morris et al., 2008).

A mobilização dos doentes para fora da cama, pode ser visto como mobilização precoce do doente internado numa UCI, pois mantém a força muscular e a amplitude dos movimentos, melhora a performance do sistema respiratório e previne alterações nas respostas cardiovasculares às intervenções. Todos estes aspectos facilitam o desmame do ventilador, o tempo de internamento e melhora a qualidade de vida, após a alta da UCI.

O enfermeiro Especialista em Reabilitação tem um papel fulcral, pois para além de intervir na prevenção e diminuição da fraqueza muscular, estabelecendo programas de reabilitação e protocolos de mobilização precoce, tem também competências para actuar nos diversos factores responsáveis pelo decréscimo da capacidade funcional do doente.

*“A Enfermagem de Reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o auto-cuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas”* (OE, 2011, p.3).

A prática baseada na evidência é cada vez mais um modelo operacional a seguir pelos enfermeiros, sendo este o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência actual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente (Domenico, 2003, Janeiro-Fevereiro).

O Enfermeiro é um profissional de saúde a quem lhe são exigidos um nível de conhecimentos e responsabilidades crescentes, pelo que desenvolvimento contínuo torna-se uma necessidade. É premente participar em pesquisas de forma a ajudar a desenvolver, aprimorar e a ampliar a base científica do conhecimento, que é fundamental ao exercício de enfermagem.

O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, que exerce funções numa



UCI, é confrontado no seu dia-a-dia com inúmeros desafios, sendo uma constante a tomada de decisões humanas complexas. Este cuida do doente crítico, em que ...”*cuidar designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde*”...(Hesbeen, 2000, p.10) e tem competências específicas para actuar em situações delicadas, através do diagnóstico e da vigilância do doente, com margens de segurança estreitas. “A enfermeira capaz de detectar sinais de alarme precoces é um elemento crucial numa unidade de cuidados intensivos ...”(Benner, 2001, p.191), pois o fenómeno de reconhecimento precoce de mudanças de estado do doente, tem impacto sobre o seu tratamento e recuperação.

*“A perícia em matéria de tomada de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem”* (Benner, 2001, p.33).

O enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação é capaz de antecipar uma crise e uma deterioração da situação clínica do doente, ele é capaz de antecipar as suas necessidades, avaliar o seu potencial de tratamento e definir estratégias para a sua reabilitação. “*O enfermeiro perito trabalha com um olho no futuro*” (Benner, 2001, p.128).

Para além dos cuidados especializados, o enfermeiro perito tem também um papel importante na pesquisa e na investigação em Enfermagem, pois...” *a análise dos resultados obtidos permitirá identificar oportunidades de melhoria dos cuidados de enfermagem de reabilitação e influenciar a introdução de mudanças nas políticas e das estratégias em saúde*” sendo que, “*a monitorização desses ganhos e a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, integrados em programas de melhoria contínua da qualidade, constitui uma prioridade*” (OE, 2011, p.2).

Apesar dos conhecimentos adquiridos acerca dos benefícios da mobilização precoce do doente internado numa UCI e do seu grau de evidência, ainda não é uma prática comum nas UCI. Existe ainda resistência, por parte de alguns profissionais de saúde, que julgam que o doente de uma UCI está demasiadamente doente para ser mobilizado e por esse motivo precisa de ficar confinado ao leito, independentemente de este apresentar estabilidade hemodinâmica, sem alterações cardíacas ou respiratórias, aquando os cuidados usualmente prestados.

Por este motivo, e porque é urgente mudar a cultura das nossas UCI e sensibilizar os profissionais de saúde para aumentar a funcionalidade do doente crítico e assim melhorar a sua qualidade de vida após a alta, a questão que levanto é a seguinte:

Quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, para a mobilização precoce do doente internado numa UCI?

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo a SPCI, define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência depende de meios avançados de monitorização e terapêutica. Uma UCI, é aquela que oferece todas as condições para um suporte avançado de vida, através de recursos humanos, físicos e materiais diferenciados, de forma a fornecer um acompanhamento intensivo e monitorizado.

Durante o internamento na UCI, o doente crítico está exposto a diversos tipos de lesões, tais como um prolongado tempo de imobilização, nutrição desadequada, sépsis, hipoxémia e patologias neuromusculares por toxicidade de drogas (Bourdin et al., 2010, April; Skinner, Berney, Warrillow & Denehy, 2008).

A imobilização traz inúmeras consequências sobre os diversos sistemas orgânicos, ao nível do sistema músculo-esquelético, causa atrofia muscular, contracturas articulares e osteoporose, ao nível do sistema geniturinário, causa infecções e a formação de cálculos, ao nível do sistema gastrointestinal causa anorexia, desnutrição e obstipação. Também a nível pulmonar origina a estase pulmonar, causando embolias, aumento da resistência mecânica à respiração, reduzindo o volume de ar corrente e o volume-minuto e redução da tosse e da actividade ciliar brônquica, levando às atelectasias e à pneumonia. Ocorrem também alterações regionais na proporção ventilação-perfusão, estando as áreas dependentes pouco ventiladas e excessivamente profundidas, levando ao *shunt* arteriovenoso, com baixa oxigenação arterial.

A imobilização leva a que ocorram alterações nas fibras musculares, nos marcadores inflamatórios e nos parâmetros metabólicos, ocorrendo uma atrofia muscular, alterações metabólicas (hiponatrémia, hipocaliémia, entre outros) e aceleração da degradação protéica, reduzindo a síntese das proteínas, levando a uma hipoproteïnemia.

A actividade muscular desempenha uma acção anti-inflamatória, o que é bastante benéfico para doenças inflamatórias graves, tais como a ARDS e a Sépsis. Estudos anteriores, demonstram que após 5 dias de repouso no leito, indivíduos saudáveis desenvolveram resistência à insulina e disfunções microvasculares, atingindo todos os sistemas corporais. Mesmo nestes indivíduos saudáveis, foi necessário um período prolongado, após a cessação do repouso no leito, para a recuperação e retorno ao seu estado inicial (Needham, 2008).

Os efeitos que são potencialmente relevantes numa UCI, para além dos referidos anteriormente são, a perda de fluidos (contribuindo para a hipotensão postural e taquicardia), diminuição do volume de ejeção e débito cardíaco e o aumento do consumo de oxigénio.

A imobilização traz também consequências graves ao nível do sistema nervoso, causando privação sensorial, levando ao comprometimento do equilíbrio e coordenação, confusão, desorientação, ansiedade e depressão e também, diminuição da capacidade intelectual.

A mobilização precoce dos doentes hospitalizados foi implementada pela primeira vez durante a II Guerra Mundial, na tentativa de acelerar a reabilitação dos soldados, para que estes estivessem prontos o mais rápido possível, para voltarem para o campo de batalha. A mobilização precoce, começou então a ganhar interesse em 1940 e foi implementada, em algumas UCI, durante as primeiras décadas seguintes, após a criação de Unidades de Cuidados Intensivos (Needhman, 2008; Needhman et al., 2010, April).

Em 1972, Foss, para além de descrever os benefícios da actividade física, nomeadamente a melhoria da sensação de bem-estar e o aumento da força, na generalidade, também descreveu uma técnica para aumentar a ventilação durante a deambulação de um doente ventilado (Perme & Chandrashekar 2009, February).

Um dos grandes desafios para os profissionais de saúde que trabalham em UCI, é o desmame ventilatório do doente crítico. Este nem sempre é bem-sucedido, pois a taxa de sucesso do desmame do ventilador depende de vários factores, nomeadamente da função respiratória, da capacidade neuromuscular, das condições de oxigenação, da função cardiopulmonar e também de factores psicológicos.

Durante o decorrer do desmame ventilatório, o progresso é muitas vezes difícil porque os doentes têm que fazer um esforço acrescido para respirar, com um diafragma enfraquecido. Devido à dificuldade em respirar, os doentes tendem a utilizar os músculos respiratórios acessórios, o que resulta no aumento da frequência respiratória. Com a intervenção da reabilitação e da mobilização precoce, consegue-se aumentar a *endurance* dos doentes, diminuindo assim a dificuldade respiratória (Yang et al., 2010, July).

## **2.1 Competências específicas para a tomada de decisão na implementação da mobilização precoce na UCI.**

A mobilização precoce de doentes internados numa UCI, requer conhecimentos e competências específicas, por parte do enfermeiro Especialista, para que este tenha a capacidade de tomar decisões em relação à prescrição do tratamento.

A tomada de decisão é um processo através do qual escolhemos algumas ou apenas uma, entre muitas alternativas, para as acções a serem realizadas, com o objectivo de alcançar o melhor resultado que se pretende. Existem vários factores que podem influenciar o enfermeiro na sua tomada de decisão. Jesus (2006, p.56) diz-nos *que “ da revisão da literatura sobre os factores susceptíveis de influenciar o processo de decisão clínica de enfermagem, podemos agrupá-los em factores contextuais e individuais pois, a maioria das decisões clínicas, diagnósticas ou de intervenção, são muitas vezes tomadas em contextos complexos, pouco facilitadores, dinâmicos, na presença de escassez de informação ou de informação subtil, apesar de se tratarem de decisões que exigem muito conhecimento e habilidade para a prossecução dos resultados esperados”*.

Como factores contextuais, entendem-se os factores exteriores ao indivíduo, ou seja, aqueles inerentes à natureza e ao contexto da actividade, à complexidade do problema ou da situação a resolver, às características dos doentes, à intensidade do trabalho, às fontes de informação, aos recursos disponíveis, entre outros. Quanto aos factores individuais, temos o conhecimento e a experiência do indivíduo, o seu género, os seus valores, as suas crenças pessoais, a cultura, entre outros.

A intuição, como factor importante na tomada de decisão, por parte do enfermeiro Especialista, tem sido frequentemente estudada. *“Actualmente, está praticamente assente que a intuição desempenha um papel importante no processo de decisão em geral e de decisão clínica em enfermagem, em particular, sobretudo em pessoas experientes, (...) a intuição não constitui uma componente exclusiva dos enfermeiros experientes ou peritos, embora seja esta uma das suas características mais salientes”* Jesus (2006, p.72).

Segundo Nunes, F. (2007, abril,), a tomada de decisão baseada na evidência é um importante elemento na qualidade dos cuidados em todos os domínios da intervenção de Enfermagem. Sendo essencial para otimizar os resultados para e com os doentes, melhorar a prática clínica, melhorar os custos e assegurar transparência na tomada de decisão.

Tendo presente, que competências, são um conjunto de conhecimentos teóricos e/ ou práticos que uma pessoa domina, de requisitos que preenche e que são necessários para um dado fim, para que sejam prestados cuidados apropriados e em segurança, numa UCI, o enfermeiro Especialista em Reabilitação deve ter um grande conhecimento teórico e prático, nas seguintes áreas (Perme & Chandrashekar, 2008; Zanni & Needham, 2010, May): Anatomia e fisiologia do sistema respiratório e cardiovascular; Patologias do sistema cardiovascular e pulmonar e o mecanismo de transporte de oxigénio; Leitura e compreensão do traçado electrocardiográfico; Equipamento técnico utilizado nas UCI e monitorização; Ventilação mecânica; Conhecimento e interpretação dos valores laboratoriais; Medicação usualmente utilizada na UCI e quais as suas implicações para a mobilização precoce; Interpretação imagiológica da Radiografia de tórax; Suporte Imediato de Vida; Cuidados respiratórios e equipamento técnico para o suplemento de oxigénio; Papéis de cada elemento da equipa multidisciplinar.

Uma das mais importantes competências que o enfermeiro Especialista em Reabilitação deve ter, quando exerce funções numa UCI, é a de tomar decisões em relação a quando o doente deve iniciar, manter, alterar ou terminar uma actividade terapêutica. O enfermeiro deve ter a capacidade de processar uma quantidade de informação num curto espaço de tempo, de forma a tomar as decisões apropriadas. Este deve ter conhecimento acerca da situação clínica do doente e quais os objectivos do tratamento clínico.

O processo de tomada de decisão começa quando o enfermeiro se aproxima do doente e começa a recolher informação relevante acerca deste, não só através do que lê no processo clínico e do que os restantes elementos da equipa multidisciplinar lhe transmitem, mas também através da observação e avaliação do doente. O processo de tomada de decisão é um processo dinâmico, que é feito minuto a minuto, baseado na avaliação da condição clínica do doente, dos sintomas apresentados e da sua resposta á actividade física.

Perante um doente crítico, em que a sua complexa situação clínica estabelece inúmeros entraves para a mobilização precoce, a tomada de decisão por parte do enfermeiro Especialista, nem sempre está facilitada. Para orientar o processo de tomada de decisão e ajudar a proporcionar uma prática segura, o enfermeiro deve responder às seguintes perguntas (Perme & Chandrashekar, 2008): Tenho toda a informação clínica do doente? O doente está capaz de participar nas actividades propostas e de responder aos meus comandos? O doente está hemodinamicamente estável? Qual a aparência do doente?

Está calmo, relaxado, confortável? Qual é a posição e integridade das vias aéreas artificiais, linhas e tubos que o rodeiam? O estado clínico do doente mudou drasticamente nas últimas 24 horas? O doente ainda necessita de equipamento e/ou drogas de reanimação? Sinto-me seguro e confortável com as técnicas que vou executar? Tenho ajuda e apoio suficiente por parte da equipa multidisciplinar, para garantir a segurança do doente?

Segundo King and Clark (2002 como citado em Jesus, 2006), o enfermeiro perito possui a habilidade mais elevada para se munir de elementos de decisão, tanto analíticos como intuitivos, o que lhe possibilita reconhecer rapidamente sinais clínicos relevantes, identificar as acções que são necessárias e os seus possíveis resultados, bem como ainda organizar, efectivamente, o envolvimento interdisciplinar nos cuidados ao utente.

O enfermeiro de Reabilitação enfrenta inúmeros desafios numa UCI, ambiente este que muitas vezes se torna intimidador, mas nunca se deve esquecer do principal objectivo da sua intervenção ou seja, aumentar a funcionalidade do doente.

## **2.2 Programas de mobilização precoce numa UCI.**

Um programa de mobilização precoce tem como objectivo definir *guidelines* para a mobilização dos doentes internados em UCI, nomeadamente naqueles que estão sob ventilação mecânica (Perme & Chandrashekar, 2009, February). O prolongado tempo de internamento nas UCI e a ventilação mecânica diminuem a funcionalidade e aumentam a morbilidade, a mortalidade e os custos nos cuidados. A implementação de um programa de mobilização precoce pode trazer efeitos benéficos em todos esses aspectos (Bourdin et al., 2010, April).

Os objectivos de um programa de mobilização precoce devem ser específicos para cada doente e devem ser estabelecidos com base nas capacidades individuais de cada pessoa e com base na sua condição clínica. A sedação, o delírio e os distúrbios do sono, são áreas que devem ser discutidas e minimizadas, de forma a aumentar a participação do doente e melhorar os resultados (Needhman et al., 2010, April).

As áreas de foco para o estabelecimento de objectivos aquando de uma intervenção em limitações funcionais, incluem (Perme & Chandrashekar, 2008):

1. Melhorar a força muscular e a coordenação motora a fim de promover o aumento da função (membros superiores e inferiores e controlo da cabeça e tronco);



## 2. Melhorar a resistência:

- Aumentar o número de repetições para cada exercício dos membros superiores e inferiores; Aumentar o tempo em que está sentado na extremidade da cama, sem suporte; Aumentar a distância da marcha, com sinais e sintomas aceitáveis para um limite de segurança; Iniciar actividades aeróbias, tais como a bicicleta ergonómica e subir degraus;

## 3. Melhorar progressivamente a mobilidade funcional:

- Actividades de mobilidade no leito; Colocar-se em pé, com um dispositivo de apoio; Transferências para uma cadeira ou para um cadeirão; Reeducação da marcha, com dispositivo de apoio e assistência; Treino para a independência nas AVD`s.

A implementação de um programa implica a colaboração de todos os membros da equipa multidisciplinar, de forma a coordenar os cuidados e a providenciar a segurança necessária para a mobilização dos doentes. Uma intervenção multidisciplinar é fundamental para o sucesso da implementação de programas de mobilização precoce, pois a interacção de diferentes elementos, vai contribuir para determinar se o doente crítico está em condições para iniciar o programa e garante todas as medidas de segurança.

Uma equipa multidisciplinar bem sucedida é aquela em que se desenvolvem objectivos em conjunto, em que se avalia a sua eficácia e se partilha a responsabilidade dos resultados obtidos pelo doente. A equipa multidisciplinar deverá estabelecer estratégias para que o programa de mobilização precoce tenha os melhores resultados possíveis. Uma dessas estratégias passa por minimizar o mais possível a sedação que é administrada ao doente, apontando para níveis de sedação que permitam uma maior vigília, com interrupções diárias e usar sempre que necessário, um bólus de sedação em vez da perfusão contínua.

A equipa é constituída por enfermeiros (entre os quais, enfermeiros Especialistas em Reabilitação), Fisioterapeutas e Médico Intensivista.

Um programa de mobilização precoce numa UCI, pode incluir qualquer uma destas seguintes intervenções terapêuticas: educação, posicionamentos, exercícios respiratórios, drenagem postural, hiperinsuflação manual, percussão, vibração, aspiração de secreções, tosse assistida, mobilizações passivas, mobilizações activas, mobilizações activas-assistidas, mobilizações activas - resistidas, treino de força, treino de equilíbrio e treino de marcha. O treino do levantar para o cadeirão/ cadeira deve ser iniciado logo que o doente



apresente um tónus muscular do tronco, braços e pernas, suficientemente forte para sustentar esta posição.

Apesar de os exercícios executados no leito poderem ser intensos, estes não são suficientes para reverter os efeitos adversos da permanência no leito, pois a distribuição do volume intravascular está comprometida, concentrando-se na cavidade torácica, devido à remoção do stress gravitacional. Com a posição vertical consegue-se manter e otimizar a distribuição do volume intravascular e melhorar a tolerância à posição ortostática. Com base neste conhecimento, tem vindo a ser incluído a posição vertical, nos programas de mobilização precoce (Bourdin et al., 2010, April; Perme & Chandrashekar, 2009, February). A reeducação da marcha em doentes que estão submetidos a uma ventilação mecânica, é a ponte entre a imobilização no leito e a capacidade de estar em estado de alerta, caminhar e melhorar a sua capacidade funcional (Perme & Chandrashekar, 2009, February).

Um programa de mobilização precoce, facilita o tratamento intensivo que é delineado para uma determinada patologia e é dirigido tendo em conta a capacidade funcional de cada doente, a evolução que é conseguida ao longo do programa e a capacidade de cada doente para iniciar o treino da marcha.

Uma avaliação inicial de cada doente, incluído no programa, é fulcral para que se estabeleçam metas adequadas e alcançáveis e se trace um plano de cuidados individual. Com esta avaliação, consegue-se inserir o doente na fase mais apropriada do programa. Para que seja tomada a decisão mais adequada, o enfermeiro Especialista em Reabilitação deve fazer uma avaliação inicial pormenorizada, que inclui (Perme & Chandrashekar, 2008):

- Antecedentes pessoais, médicos e cirúrgicos;
- Nível de funcionalidade antes do internamento na UCI;
- História familiar, social e económica;
- Estado mental, como o nível de consciência, capacidade de cumprir ordens, presença ou não de sedação, confusão ou agitação;
- Integridade cutânea;
- Medicação actual, principalmente aquela que pode afectar o desempenho funcional, tais como os corticosteróides, bloqueadores neuromusculares, narcóticos e sedativos;
- Exames complementares de diagnóstico, tais como valores laboratoriais (hemoglobina, plaquetas, entre outros...);

- Estado funcional actual, tais como a capacidade de mobilização no leito, de fazer transferências ou de deambular;
- Função Cardíaca: ritmo e frequência cardíaca, pressão arterial, fracção de ejeção, cálculo da frequência cardíaca máxima teórica, presença de medicação para suporte de vida e equipamentos invasivos, como linha arterial, cateter de Swan- Ganz, cateter para HDFVVC, entre outros;
- Função Respiratória: módulo e parâmetros ventilatórios, gasometria arterial, saturações de oxigénio periféricas, imagens radiológicas e processo de desmame ventilatório;
- Neurológica: presença de paresias ou plegias, coordenação motora, sensibilidade e se existe monitorização de pressão intra-craniana;
- Músculo-esquelética: presença de fracturas, limitações na amplitude do movimento e fraqueza muscular;

Para que se inicie um programa, o doente terá que apresentar estabilidade hemodinâmica. É importante ter presente os valores normais dos indicadores fisiológicos, mas mais importante ainda, é ter a competência para compreender e decidir que valores são aceitáveis para aquele determinado doente. Por causa da natureza crítica da patologia do doente internado numa UCI e pela lábil condição clínica que o doente apresenta, os parâmetros vitais deverão ser avaliados e registados antes, durante e depois do programa.

Antes de reiniciar o programa, dever-se-á fazer uma nova avaliação do doente, para determinar se o plano previamente estabelecido ainda se mantém apropriado. Durante o programa é necessário que haja uma avaliação de enfermagem contínua, de forma a identificar possíveis necessidades de alteração ou implementação de terapêutica, para que se assegure a segurança do doente.

O principal foco dos objectivos delineados para o tratamento do doente ventilado mecanicamente, é o de o ajudar a alcançar a posição erecta, tolerar actividades em que haja levantamento de pesos e de treino de marcha, o mais cedo possível. Alguns dos doentes internados numa UCI, são capazes de iniciar um treino de marcha, muito mais cedo do que pensamos. Um teste de mobilização ajuda o profissional a determinar se o doente tem controlo motor e se tem uma distribuição de oxigénio adequada, que lhe permita o exercício. O teste de mobilização inclui responder às seguintes questões:

- O doente, em posição de decúbito dorsal, consegue elevar cada perna, contra a gravidade? O doente consegue sentar-se na extremidade da cama com um mínimo de

apoio? Com apoio e assistência, o doente consegue manter-se em pé? Com apoio e assistência, o doente consegue deslocar o seu peso lateralmente? Com apoio e assistência, o doente consegue dar passos no mesmo lugar?

A reeducação da marcha é iniciada, com apoio e assistência assim que apropriado. Para que se inicie o treino da marcha, é preciso ter em conta alguns aspectos de extrema importância, daí a necessidade de se estabelecer *guidelines*.

As *guidelines* para a reeducação da marcha do doente internado numa UCI são (Perme & Chandrashekar, 2009, February):

#### 1. Segurança:

- Um enfermeiro deve estar responsável pelo tubo orotraqueal, cateteres, linhas venosas e arteriais. Alguns destes poderão estar desconectados temporariamente para facilitar a deambulação; O doente deverá transportar consigo um equipamento que permita a monitorização contínua da frequência cardíaca, traçado cardíaco, pressão arterial, frequência respiratória e saturação periférica de oxigénio, caso o doente caminhe para longe da cama; Todo o equipamento necessário para a sessão deverá estar prontamente disponível; Um cinto de marcha deverá ser usado para todas as actividades de transferência e caminhada; Os doentes devem ser seguidos por uma cadeira/cadeirão de forma a proporcionar períodos de descanso e de forma a transportar o doente de volta à cama em segurança, caso seja necessário. A bala de oxigénio deverá estar inteiramente preenchida e previamente revista; Deverão estar presentes um número necessário de profissionais, de forma a manter a segurança do doente.

2. Alterações na frequência respiratória, saturação de oxigénio, frequência cardíaca, traçado cardíaco, pressão arterial e queixas de fadiga por parte do doente, devem ser avaliados em toda a sessão.

#### 3. Para doentes dependentes da ventilação mecânica:

- Dever-se-á decidir se o doente vai deambular com auxílio de um ventilador portátil ou com o auxílio de um hiperinsuflador manual; O tubo endotraqueal ou o tubo da traqueostomia devem ser colocados em segurança; Devem-se estabelecer estratégias de comunicação com o doente, pois este está incapaz de comunicar; O médico intensivista deve estar presente para conectar o doente ao ventilador portátil, se esse for o caso, e de fazer alguma alteração dos parâmetros ventilatórios caso sejam necessários. Este deve também estar disponível para restabelecer a ventilação mecânica, com os parâmetros adequados, após o treino da marcha. Regra geral, se os ajustes no ventilador

ultrapassarem os parâmetros descritos de seguida, o doente não deve ser desconectado do ventilador para o treino da marcha, com excepção das situações em que a condição do doente foi exaustivamente apreciada e o médico der indicação para o fazer: Pressão de Suporte  $\geq 20$  cm H<sub>2</sub>O; Ventilação Intermitente Sincronizada com a taxa obrigatória  $> 18$ ; Fracção Inspirada de Oxigénio  $> 0.7$ ; Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP)  $> 10$  cm H<sub>2</sub>O; Qualquer sinal ou sintoma de descompensação com a interrupção da ventilação mecânica ou alteração dos parâmetros ventilatórios.

4. A Reeducação da marcha deve ser suspensa se alguma das situações seguintes se verificar:

- Se o doente apresentar uma saturação  $< 88\%$  durante a actividade, mesmo com suporte suplementar de oxigénio; Hipotensão associada a tonturas, perda de conhecimento e/ou sudorese; A frequência cardíaca ser superior à frequência cardíaca máxima permitida para o doente; Alteração do ritmo cardíaco no electrocardiograma; Alteração do padrão respiratório com o aumento da utilização de músculos acessórios, Início de um padrão paradoxal, adejo nasal ou fácies de desconforto; Fadiga extrema ou dispneia grave com uma frequência respiratória superior à da linha de base de 20 ciclos por minuto; Dor significativa na região torácica; Palidez excessiva ou rubor da pele; Haver um pedido por parte do doente para parar.

Existem algumas contra-indicações absolutas para iniciar um programa de mobilização precoce, são elas:

- Alterações significativas e sintomáticas do traçado electrocardiográfico em repouso, com compromisso hemodinâmico; Angina Instável; Insuficiência cardíaca descompensada, instabilidade hemodinâmica, requerendo doses elevadas de um vasopressor ou múltiplas drogas vasopressoras; Diagnóstico ou suspeita de uma dissecção da Aneurisma; Embolia Pulmonar Aguda com situação clínica instável; Dessaturação significativa, exigindo um suplemento de oxigénio muito elevado, normalmente  $FiO_2 > 0.7$  e apresentando gasometricamente um PH  $< 7.25$ ; Edema cerebral com descontrolada Pressão Intracraniana; Fracturas instáveis.

No caso específico das mobilizações activas, está também contra-indicado doentes em estado comatoso ou que não respondem a estímulos verbais, doentes com disfunção neurológica e /ou músculo-esquelética significativa.

O enfermeiro Especialista em Reabilitação, depara-se com algumas barreiras à mobilização precoce, dentro de uma UCI, barreiras estas que o enfermeiro terá de obter estratégias para as contornar. Essas barreiras, são:

- Confiança e um nível de especialização elevado dentro do ambiente da UCI;
- Cultura dos cuidados Intensivos que promove a imobilização no leito, dos doentes críticos;
- Peso corporal do doente;
- Falta de cooperação do doente pela sedação instituída;
- Elevado número de linhas, tubos e todo o equipamento de monitorização e de apoio à vida;
- Cooperação e disponibilidade da equipa multidisciplinar;
- Disponibilidade de pessoal para auxiliar na mobilização;
- Falta de recursos materiais para o apoio à mobilização precoce.

O sucesso da implementação de um programa de mobilização precoce numa UCI requer um trabalho em equipa. Como tal, o enfermeiro Especialista em Reabilitação tem um grande desafio, não só em conseguir sensibilizar toda a equipa, para que trabalhe para este objectivo comum, mas também, em medir todos os ganhos em saúde, para que mais uma vez, a enfermagem de Reabilitação marque a diferença.

### 3. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Neste capítulo, será descrito a metodologia utilizada na elaboração do presente trabalho. Segundo Fortin (2009), a fase metodológica tem como objectivo determinar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho e indica as actividades a realizar no decurso da investigação.

#### 3.1 Tipo de Estudo

Para a elaboração deste estudo de investigação, foi necessário planear a forma como iria decorrer, para que se desenvolvessem as actividades necessárias. *“O desenho de investigação é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação”* (Fortin, 1999, p.40).

Quanto ao tipo de estudo, foi elaborado um estudo **quantitativo**. *“ O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador”* (Fortin, 1999, p.22). Na investigação quantitativa, o objectivo é conseguir resultados capazes de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares, como por exemplo, os estudos que têm como objectivo verificar a eficácia de intervenções de cuidados junto de doentes (Fortin, 2009). Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 178), *“os objectivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos, testar teorias.”*

Quanto ao tipo de investigação, dado que se pretende conhecer um fenómeno, tal como ele ocorre e não a manipulação de uma variável, delineou-se um **estudo não experimental**. Segundo Polit and Hungler (1995, p.121), o estudo não experimental, tem como vantagem *“ ser bastante realista, sendo capaz de ampliar nossa compreensão do que é o mundo que nos cerca”*.

Relativamente à dimensão temporal, este é um **estudo transversal**, pois os factos e os fenómenos que se pretende estudar decorrem durante o período em que foi feita a colheita de dados. Dentro do delineamento não experimental, por se procurar explorar a

existência de relações entre as variáveis em estudo, podemos considera-la como uma investigação do tipo **descritivo – correlacional** (Fortin, 2009).

### 3.2 População/ Amostra

Quando é delineada a investigação, tem que se ter presente, não só o fenómeno que se irá estudar, mas também a fonte de dados na qual se irá recolher informação acerca desse mesmo fenómeno, ou seja, a população que será objecto desse estudo. Segundo Fortin (1999, p.41) *“a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. (...) A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações”*. Neste estudo, a população alvo são todos os enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que trabalham numa UCI Portuguesa.

Os critérios de inclusão, ou seja, as características essenciais dos elementos da população, são o facto de todos os elementos da população serem enfermeiros Especialistas em Reabilitação, pela Ordem dos Enfermeiros e de exercerem funções numa UCI.

A partir da população alvo, é necessário seleccionar alguns dos seus elementos, quando estes são em grande número e não sendo assim possível observá-los na sua totalidade, devido ao custo e ao tempo que é necessário despende. A estes elementos denomina-se de amostra. A amostra é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo, aquela deve ser representativa da população, isto é, que certas características conhecidas da amostra devem estar presentes em todos os elementos da população Fortin (2009).

Neste trabalho optou-se por um método de **amostragem não-probabilística e intencional**, pois foram escolhidos enfermeiros Especialistas em Reabilitação que exercem funções numa UCI, de um Centro Hospitalar de Lisboa, estando assim dentro da realidade proposta a ser estudada, podendo responder de uma forma esclarecida às questões colocadas e por serem aqueles que em tempo útil, conseguissem responder aos questionários. Também por serem estas as instituições onde seria mais fácil obter os elementos da amostra.



Não se conseguiu obter uma amostragem mais elevada, porque não foi obtida resposta, pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E, ao pedido de autorização da implementação dos questionários. Os Hospitais incluídos no estudo foram, o Hospital Santa Maria e o Hospital Pulido Valente, pertencentes ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E, o Hospital Egas Moniz, o Hospital São Francisco Xavier e o Hospital de Santa Cruz, pertencentes ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

### 3.3 Variáveis

*“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (...) e às quais se podem atribuir diferentes valores”* (Fortin, 1999, p.36).

Tendo como problemática deste estudo, **“quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, para a mobilização precoce do doente internado numa UCI ”** e sendo este um estudo não experimental, destacam-se dois tipos de variáveis, as variáveis independentes e a variável dependente. Temos como variáveis independentes as sócio – demográficas, sendo elas: idade, género, papel do enfermeiro na UCI, tempo de experiência na UCI e a formação adquirida para além da Especialidade de Reabilitação e como variável dependente a tomada de decisão, por parte dos enfermeiros Especialistas em Reabilitação, para a mobilização precoce, sendo aquela, *“ a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”* (Fortin,1999, p.37). A variável dependente foi operacionalizada através de perguntas que constam no questionário, que serviu de instrumento de colheita de dados.

### 3.4 Instrumento de Colheita de Dados

Tendo o presente estudo, como objectivo principal, estudar quais os factores que influenciam a tomada de decisão para a mobilização precoce, do doente internado numa UCI, foi feita uma pesquisa exaustiva acerca da mobilização precoce em Cuidados Intensivos e quais os programas existentes, assim como também foi feita, uma pesquisa com o objectivo de encontrar um instrumento que medisse os factores que influenciam a tomada de decisão do profissional de saúde para a sua implementação.



Como instrumento de colheita de dados, optou-se por utilizar um **questionário**, pois assim é garantido o anonimato e o entrevistador não exerce qualquer tipo de influência nas respostas dadas. *“Um questionário, por definição, é um instrumento rigorosamente estandardizado, tanto no texto das questões como na sua ordem. No sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, é absolutamente indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares resultantes da iniciativa do entrevistador”* Rodolphe and Benjamin (1993, p.121).

Um questionário é um instrumento de colheita de dados, constituído por perguntas ordenadas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Para Fortin (1999, p. 249), um questionário *“ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”* Diz também que as vantagens *“são a natureza impessoal do questionário, a sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica das questões para todos os sujeitos, as mesmas directrizes para todos, podendo assegurar, até um certo ponto, a uniformidade de uma situação de medida a uma outra e assim assegurar a fidelidade e facilitar as comparações entre os sujeitos”*.

Após um levantamento dos instrumentos de medida existentes e disponíveis, foi seleccionado um questionário elaborado por Berney, Warrillow and Denehy (2008), aos quais foi solicitado a autorização para a sua utilização (ANEXO I) e cujo objectivo era identificar os métodos de prescrição de exercício pelos fisioterapeutas numa UCI da Austrália, incluindo quais as actividades mais utilizadas e os métodos que utilizam para avaliar os resultados. Linda Denehy, uma das autoras do questionário, com a qual foi trocado correspondência, é uma Fisioterapeuta conceituada, com funções de ensino e chefe de Departamento de Fisioterapia de um Hospital Australiano, é membro da Associação Australiana de Fisioterapia e pertence também, á Sociedade de Cuidados Intensivos de Austrália e Nova Zelândia.

Sendo a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, uma Especialidade que não existe em muitos outros países, há uma escassez de bibliografia de Enfermagem acerca do tema do presente estudo, daí se ter optado por um questionário que foi aplicado a fisioterapeutas, pois após a análise do mesmo, verificou-se que as actividades que são descritas, são as actividades executadas pelos enfermeiros Especialistas, em Portugal. O questionário (ANEXO III), é constituído por questões fechadas e abertas, em que o sujeito

tem de escolher entre várias respostas possíveis, mas também tem a oportunidade de acrescentar alguns aspectos que acha importantes, na sua tomada de decisão. O questionário apresenta-se dividido em cinco partes, com um total de 21 perguntas:

- A primeira parte inclui a caracterização da UCI e o tipo de doentes que nela são admitidos;
- A segunda parte diz respeito à informação específica do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente, o seu papel dentro da UCI, e os anos de experiência em Cuidados Intensivos;
- A terceira parte, menciona o programa de mobilização precoce e os tipos de mobilizações que são executados, assim como as suas indicações e contra-indicações, a duração e frequência das mobilizações, quando se iniciam e quando se devem terminar e que valores são monitorizados aquando da mobilização;
- A quarta parte especifica o tipo de mobilização precoce que é efectuada no doente sob ventilação mecânica;
- A quinta e última parte, destina-se a comentários que poderão ser adicionados pelos enfermeiros, no final do questionário.

O questionário permite identificar que factores, sejam eles objectivos ou subjectivos, influenciam na tomada de decisão, pois algumas das respostas permitem escolher mais do que uma opção. Três das questões colocadas, permitem ao sujeito ordenar por ordem decrescente, a importância que dão a cada uma das respostas.

Neste instrumento de colheita de dados, não foram incluídas questões acerca de exercícios passivos, apenas se incluiu exercícios activos. Os autores justificam o facto, pelos escassos estudos que existem acerca dos benefícios deste tipo de exercício havendo, pelo contrário, um número elevado de estudos que comprovam os benefícios que os exercícios activos trazem ao doente, após uma doença crítica.

O questionário foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa sofrendo pequenas alterações para se adaptar às características da população em estudo, tais como as categorias profissionais e a colheita de idade dos participantes. Foi adoptada a antiga terminologia da carreira de enfermagem, por ser a que ainda é vulgarmente utilizada na UCI e por ainda dominar a filosofia de actuação.

O questionário piloto foi aplicado a dois enfermeiros Especialistas em Reabilitação, a exercer funções numa UCI, com mais de dois anos de experiência. Após o seu

preenchimento, foi dado um feedback construtivo acerca da estrutura e da clareza das questões, tendo este sido usado para se efectuar uma última revisão do questionário.

### 3.5 Princípios éticos

Citando Fortin (1999, p.114), *“a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...), significa a avaliação crítica e a reconstrução dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as acções e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade.”*

Aquando de um estudo de investigação, é necessário ter em atenção os direitos e a liberdade dos indivíduos incluídos no estudo, de forma a não lhes causar qualquer tipo de dano ou a não participar em estudos que não desejam. Dessa forma foram tidos em conta os princípios éticos, determinados pelos códigos de ética.

Cada enfermeiro foi livre de decidir se queria ou não participar no estudo, assim como informado do direito de deixar de fazer parte do mesmo, se assim o entendesse, respeitando-se deste modo o *direito à auto-participação*.

Para a elaboração deste estudo procedeu-se a um pedido de autorização para a aplicação dos questionários, aos Centros Hospitalares de Lisboa Central (Anexo IV), Lisboa Ocidental (Anexo V), Lisboa Norte (Anexo VI), em que após um parecer das Comissões de Ética, de cada Hospital, foi dada a aprovação, à excepção do Centro Hospitalar de Lisboa Central, no qual não foi obtida resposta ao pedido, tendo este ficado excluído do estudo.

Na aplicação dos questionários foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos respondentes, tendo ficado acordado que os resultados do estudo estariam disponíveis, caso fossem solicitados, respeitando assim o *direito ao anonimato e à confidencialidade*.

### 3.6 Procedimentos

Após a escolha do tipo de estudo e do método para a sua implementação, seguiu-se a aplicação do instrumento de colheita de dados aos enfermeiros Especialistas em Reabilitação a exercer funções numa UCI.

Depois da análise exaustiva aos serviços existentes, foi escolhido como campo de estudo, os Hospitais que pertencem ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e de Lisboa Norte.

Num primeiro contacto, foi explicado ao enfermeiro Chefe de cada serviço o objectivo do estudo e qual a sua população alvo, em que solicitei o período de presença de cada enfermeiro para a entrega dos questionários. O questionário foi entregue pessoalmente a cada enfermeiro que participou no estudo, junto com um envelope e foi-lhes dada a informação de que eram livres de decidirem se queriam preencher e entregar os questionários. A recolha foi feita através dos enfermeiros chefes, em envelope fechado para garantir a confidencialidade.

Inicialmente foi previsto a entrega e recolha dos questionários, durante o mês de Maio 2011, mas devido ao atraso das respostas, aos pedidos de autorização para a aplicação dos questionários e porque coincidiu com o período de férias de muitos enfermeiros, os questionários só foram recolhidos, num total de 30 questionários, no início de Setembro de 2011. Para a implementação deste estudo, foram incluídos enfermeiros de 5 Hospitais, num total de 13 UCI.

Quadro 1 – Apresentação dos Hospitais e Unidades incluídas no estudo, com o respectivo número de questionários obtidos.

Hospital	Tipo de UCI	Nº de questionários obtidos
Hosp. Pulido Valente	UCI Cardiologia	3
Hosp. Pulido Valente	UCI Polivalente	3
Hosp. Santa Maria	UCI Cardiorácica	1
Hosp. Santa Maria	UCI Neurocirurgia	1
Hosp. Santa Maria	UCI Polivalente	2
Hosp. Santa Maria	UCI Cirúrgica	2
Hosp. Santa Maria	UCI Queimados	2
Hosp. Santa Maria	UCI Ortopedia	2
Hosp. Santa Maria	UCI Respiratória	3
Hosp. Santa Cruz	UCI Polivalente	4
Hosp. S. Francisco Xavier	UCI Médica	2
Hosp. São Francisco Xavier	UCI Cirúrgica	2
Hosp. Egas Moniz	UCI Polivalente	3

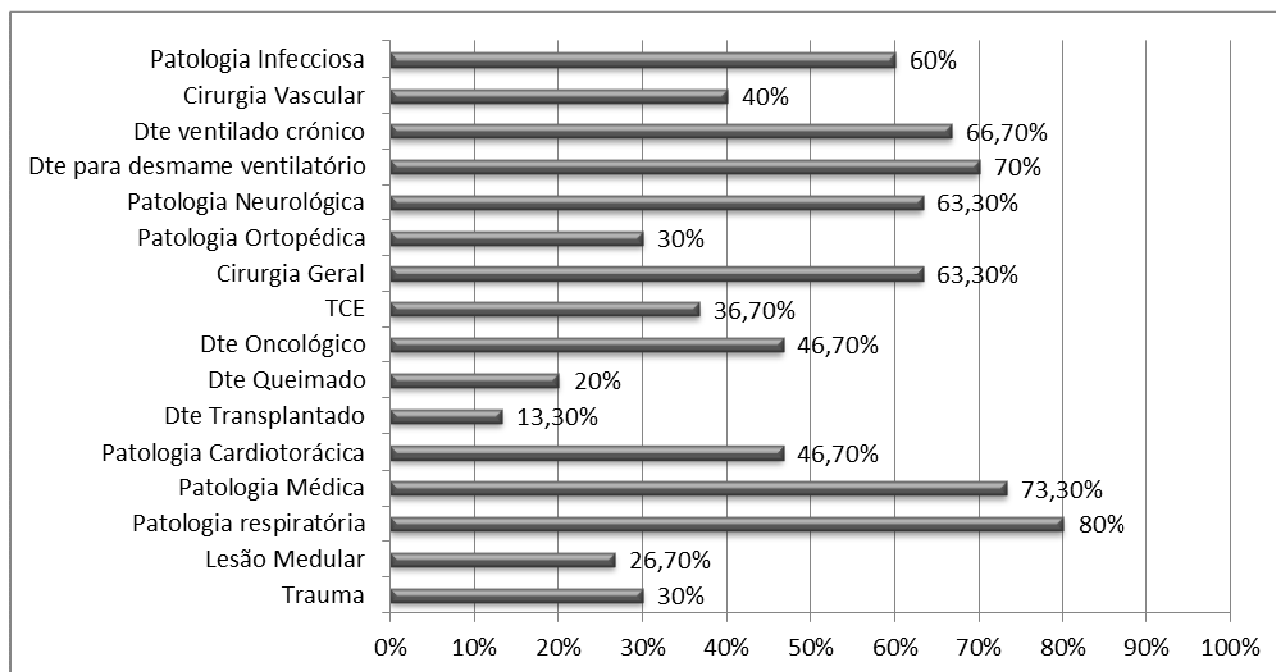
## **4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para tratamento e análise dos dados, quer a nível da estatística descritiva, quer a nível da inferencial, utilizou-se o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0 para Windows. Em todas as análises estatísticas as hipóteses formuladas foram sempre bidirecionais com uma significância de  $\alpha=0,05$ . Para resultados entre este valor e  $\alpha \leq 0,10$ , considerou-se haver uma tendência para haver significância estatística, pelo que serão apresentados e discutidos. Na análise de dados nominais, sempre que estes se apresentam em tabelas de contingência de 2x2, utilizou-se a prova de Fisher, como recomendado por Siegel (1956/1975). No presente capítulo será feita a apresentação e análise dos resultados obtidos na colheita de dados. Estes resultados serão analisados pela ordem que se apresentam no questionário e alguns deles serão apresentados sob a forma de gráfico, para melhor compreensão dos mesmos. Inicialmente será feita uma caracterização dos sujeitos incluídos no estudo e de seguida, será feita uma análise exaustiva das diferentes questões colocadas e discussão dos resultados.

### **4.1 Caracterização dos Sujeitos**

Nas UCI estudadas, o tipo de doentes admitidos, são maioritariamente doentes com patologia respiratória (80%), patologia médica (73,3%) e doentes para desmame da prótese ventilatória (70%). Dos enfermeiros inquiridos, 20% acrescentaram outras patologias, que são elas, cardiologia, pós-angioplastia e hemodinâmica. O gráfico 1 ilustra pormenorizadamente o tipo de patologias admitidas nas UCI que estiveram incluídas no estudo.

Gráfico 1 – Tipo de patologias admitidas nas UCI, incluídas no estudo.



No presente estudo participaram 30 enfermeiros Especialistas em Reabilitação, dos quais 23 (76,7%) eram mulheres e 7 (23,3%) eram homens, não se tendo encontrado diferenças significativas relativamente à idade,  $Z(7;23) = 0,054$ ;  $p = 0,962$  e ao tempo de experiência na UCI,  $Z(7;23) = 0,377$ ;  $p = 0,848$ .

Quanto à idade, verificou-se que maioritariamente se encontra acima dos 40 anos, estando 6 enfermeiros entre os 30 e 34 anos e 8 enfermeiros entre os 35 e 40 anos de idade. Não estão presentes no estudo enfermeiros com idade inferior a 30 anos. Dos sujeitos inquiridos e de acordo com a antiga carreira de enfermagem, apenas 1 (3,3%) é enfermeiro generalista, 13 (43,3%) são enfermeiros graduados, 6 (20%) são enfermeiros Especialistas, 6 (20%) são enfermeiros responsáveis e 4 (13,3%) são enfermeiros chefes do serviço.

Em relação à experiência em UCI, a maioria tem mais de 5 anos de experiência (90%), havendo apenas 1 (3,3%) enfermeiro com menos de um ano de experiência. Do total de enfermeiros, 8 (26,7%) referem possuir formação para além da Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Também a este nível, não existem diferenças significativas relativamente à idade,  $Z(8;20) = 1,496$ ;  $p = 0,182$  e ao tempo de experiência na UCI,  $Z(8;20) = 0,284$ ;  $p = 0,901$ .

A formação para além da Especialidade adquirida pelos enfermeiros inclui, Pós-graduação em Cuidados Intensivos, em Médico- Cirúrgica, em Autonomia Funcional, em

Cuidados Paliativos, curso de FCCS, de Emergência Médica, de RCP e Medicina em Catástrofe.

## 4.2 Apresentação, análise e discussão dos resultados

De forma a facilitar a apresentação e compreensão dos resultados, optou-se por apresentá-los por ordem cronológica do questionário, ou seja, de acordo com cada item em estudo.

*Costuma **prescrever** algum tipo de Mobilização para o doente internado na UCI (deve considerar a prescrição/planeamento e a execução dessas actividades)?*

Em relação aos enfermeiros que costumam prescrever mobilização precoce, na UCI, 25 enfermeiros (83,3%) responderam que sim e 5 responderam que não. Dos enfermeiros que responderam que não, os motivos para não prescreverem são pelo facto de exercerem cargos de chefia e por esse motivo estarem ligados apenas à gestão ou por terem terminado a Especialidade de Reabilitação há pouco tempo.

Esta prescrição não está dependente, nem da idade do enfermeiro,  $Z(5,25) = 0,184$ ;  $p = 0,872$ , nem do tempo de experiência na UCI,  $Z(5,25) = 0,909$ ;  $p = 0,666$ . Encontrou-se uma diferença significativa em relação ao enfermeiro com a categoria de Chefe, relativamente às outras categorias, pois este, maioritariamente não prescreve,  $\chi^2(4) = 12,415$ ;  $p = 0,015$ .

A prescrição da mobilização no doente crítico, faz parte das competências do enfermeiro Especialista em Reabilitação, pois este “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2010, p.4).

*Que tipo de mobilizações **prescreve e executa** na UCI?*

Verificou-se que os exercícios mais prescritos, são as “*mobilizações activas/activas assistidas*” (73,3%), o “*sentar em cadeirão ou cadeira*” (73,3%), “*exercícios no leito*”



(70%), “*sentar na cama*” (60%) e “*transferência cama para o cadeirão ou cadeira*” (56,7%). Estas actividades, são executadas por enfermeiros Especialistas em Reabilitação e algumas delas também por enfermeiros não especialistas em Reabilitação, pois são actividades que estão presentes nos cuidados do dia-a-dia do enfermeiro e que não necessitam de grandes recursos, sejam eles materiais, físicos ou humanos. O enfermeiro Especialista é um instrumento terapêutico, sendo uma mais-valia nos cuidados de enfermagem.

Dos resultados encontrados, constatou-se que os exercícios com pedais, com bola suíça, com bicicleta e exercícios passivos, só são prescritos pelos participantes do género feminino. Para além dos exercícios descritos no questionário, foram acrescentados pelos participantes, as mobilizações passivas (6,7%), os exercícios com bola suíça (13,3%) e com a banda elástica (3,3%). Foi encontrada uma diferença entre o exercício de sentar em cadeirão ou cadeira, sendo que os enfermeiros do género masculino, são os que mais prescrevem este tipo de exercício,  $Z(6,16) = 2,246$ ;  $p = 0,027$ .

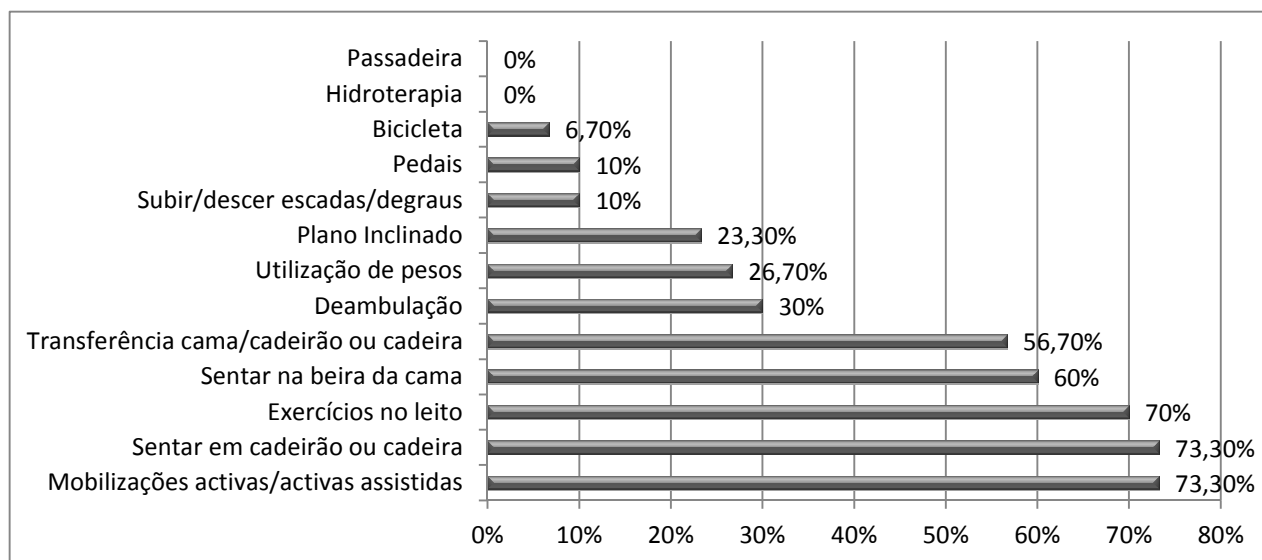
Foi encontrada uma alta probabilidade de haver diferença na prescrição do exercício de sentar em cadeirão ou cadeira, onde são os enfermeiros com o tempo de experiência entre 2-5 anos os que mais o prescrevem,  $\chi^2(1) = 3,562$ ;  $p = 0,059$ . Relativamente aos outros exercícios, não foram encontradas diferenças.

Quando comparado o tipo de mobilizações que são prescritas e o papel do enfermeiro na UCI, foi encontrado uma alta probabilidade de haver diferença no exercício no leito, sendo que o enfermeiro generalista é o que menos prescreve este tipo de mobilização ao contrário dos enfermeiros Especialistas, que são os que mais prescrevem,  $\chi^2(2) = 5,811$ ;  $p = 0,055$ . Ainda em relação a este tipo de exercício, foi encontrada uma diferença significativa, sendo os enfermeiros mais novos que menos o prescrevem  $\chi^2(2) = 6,861$ ;  $p = 0,032$ .

Verificou-se que nos exercícios de subir e descer escadas, assim como nos exercícios que incluem o uso de bicicleta, apenas os enfermeiros com idade superior a 40 anos é que prescrevem. O Gráfico 2, descreve quais os exercícios que são prescritos pelos enfermeiros nas UCI e também quais os que são mais prescritos e executados.



Gráfico 2 – Exercícios prescritos e executados pelos Enfermeiros na UCI.



Com estes resultados, consegue-se concluir que os enfermeiros do género masculino, são os que mais sentam os doentes em cadeirão ou cadeira. Apesar de todos os enfermeiros terem formação específica para este tipo de actividade, não deixa de ser uma técnica que requer mais força, levando a que sejam os homens a executá-la mais frequentemente. Em relação aos exercícios no leito, são os enfermeiros com o papel de enfermeiro Especialista em Reabilitação que mais os prescrevem e executam. Quanto aos exercícios com bicicleta e subir e descer escadas, são os enfermeiros mais velhos que prescrevem e executam, o que sugere, que estes se sentem mais seguros para o fazerem.

#### *Em que circunstâncias está **indicada** a mobilização na UCI?*

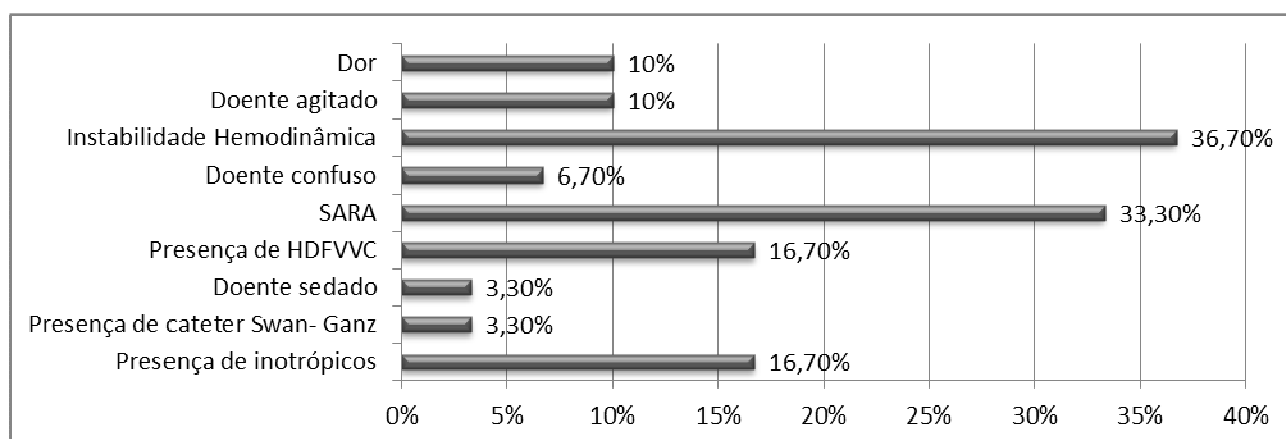
Dos inquiridos que prescrevem, todos responderam que a mobilização está indicada a todos os doentes internados na UCI, não havendo diferenças estatisticamente significativas nas respostas, quando comparado com o papel do enfermeiro na UCI, com o sexo, com o tempo de experiência ou com a formação para além da Especialidade de Reabilitação, do que se pode concluir que é quase unânime e consensual a indicação para a mobilização. Estes dados vêm confirmar o que a literatura nos diz, em que os benefícios da mobilização precoce estão bem documentados, sendo de grande importância a sua implementação para o aumento da funcionalidade e da qualidade de

vida do doente (Hildreth et al., 2010, February; Yang et al., 2010, July; Needhman et al., 2010, April).

*Em que circunstâncias acha que o exercício está **contra-indicado**?*

Relativamente às contra-indicações da mobilização precoce, todos os enfermeiros responderam que nem a presença de traqueostomia nem a presença de ventilação mecânica, são contra-indicações. A “*instabilidade hemodinâmica*”, é a contra-indicação mais referida pelos enfermeiros (36,7%) para a mobilização, seguindo-se a “*SDRA*” (33,3%), a “*presença de HDFVVC*” (16,7%), a “*presença de agentes inotrópicos*” (16,7%), o “*doente agitado*” (10%) e a “*dor*” (10%).

Gráfico 3 – Circunstâncias em que o exercício é referido como contra-indicado.



Encontrou-se uma diferença significativa no papel do enfermeiro na UCI, em relação á contra-indicação “*doente sedado*”, sendo o enfermeiro generalista, o único, a apontar este factor como contra-indicação, ao contrário dos outros enfermeiros,  $\chi^2 (4) = 25,000$ ;  $p=0,000$ . Constatou-se também que, há uma grande probabilidade de haver diferença, quanto ao tempo de experiência, onde os enfermeiros com menos experiência, são aqueles que têm tendência para referenciá-lo como contra-indicação,  $Z (1,24) = 3,391$ ;  $p = 0,080$ .

Na presença de SDRA, existe uma grande probabilidade de haver diferença, sendo os enfermeiros chefes e os enfermeiros responsáveis, ao contrário dos enfermeiros generalista e graduados, os que consideram ser uma contra-indicação para a mobilização,  $\chi^2 (4) = 5,853$ ;  $p=0,054$ .

Relativamente ao género e à formação para além da Especialidade, não foram encontradas diferenças significativas em relação às contra-indicações para a mobilização precoce.

Dos resultados encontrados, pode-se concluir que a instabilidade hemodinâmica é uma contra-indicação para a mobilização, para a maioria dos enfermeiros Especialistas em Reabilitação, estando todos de acordo, que tanto a ventilação mecânica como a presença de traqueostomia, não constituem uma contra-indicação. Para além da instabilidade hemodinâmica, a dor e a agitação do doente, assim como a presença de drogas inotrópicas e da técnica de HDFVVC, são factores que colocam barreiras à mobilização precoce.

A patologia SDRA é referenciada também como contra-indicação, sendo um dos factores que mais é tido em conta, para não se iniciar a mobilização precoce. A SDRA está grande parte das vezes associada a uma grande instabilidade hemodinâmica, havendo necessidade do doente ter suporte inotrópico, indo assim de encontro às contra-indicações mencionadas. Estas respostas estão de acordo com o que dizem os autores Perme, C. & Chandrashekar, R. (2008), em que é contra-indicação para a mobilização precoce, a instabilidade hemodinâmica que requer altas doses de drogas vasopressoras e quando há alterações significativas na oxigenação, requerendo aporte suplementar elevado, de oxigénio.

O facto de o doente estar sedado, também é mencionado como factor inibidor da mobilização precoce, o que nos desperta mais uma vez para a necessidade de haver um maior ajuste na sedação que se prescreve. Ao contrário de uma sedação contínua, deve-se optar por uma sedação que possibilite o doente estar mais desperto durante o dia e dormir durante a noite (Needham et al, 2010). Este tipo de prescrição não só permite que o doente esteja mais apto para colaborar nos exercícios que lhe são pedidos, como também respeita o seu ritmo circadiano.

#### *Quem decide que o doente pode **iniciar** a Mobilização?*

Dos inquiridos, 60% responderam que quem decide que se pode iniciar a mobilização no doente, é o enfermeiro especialista em Reabilitação, 16% responderam que é o médico assistente e 16% responderam que é o enfermeiro. Para além das opções dadas no questionário, 8% acrescentaram que a decisão para iniciar a mobilização precoce, deve

ser tomada em equipa. Ninguém referiu o Fisiatra, o doente ou a família, como decisores para o início da mobilização.

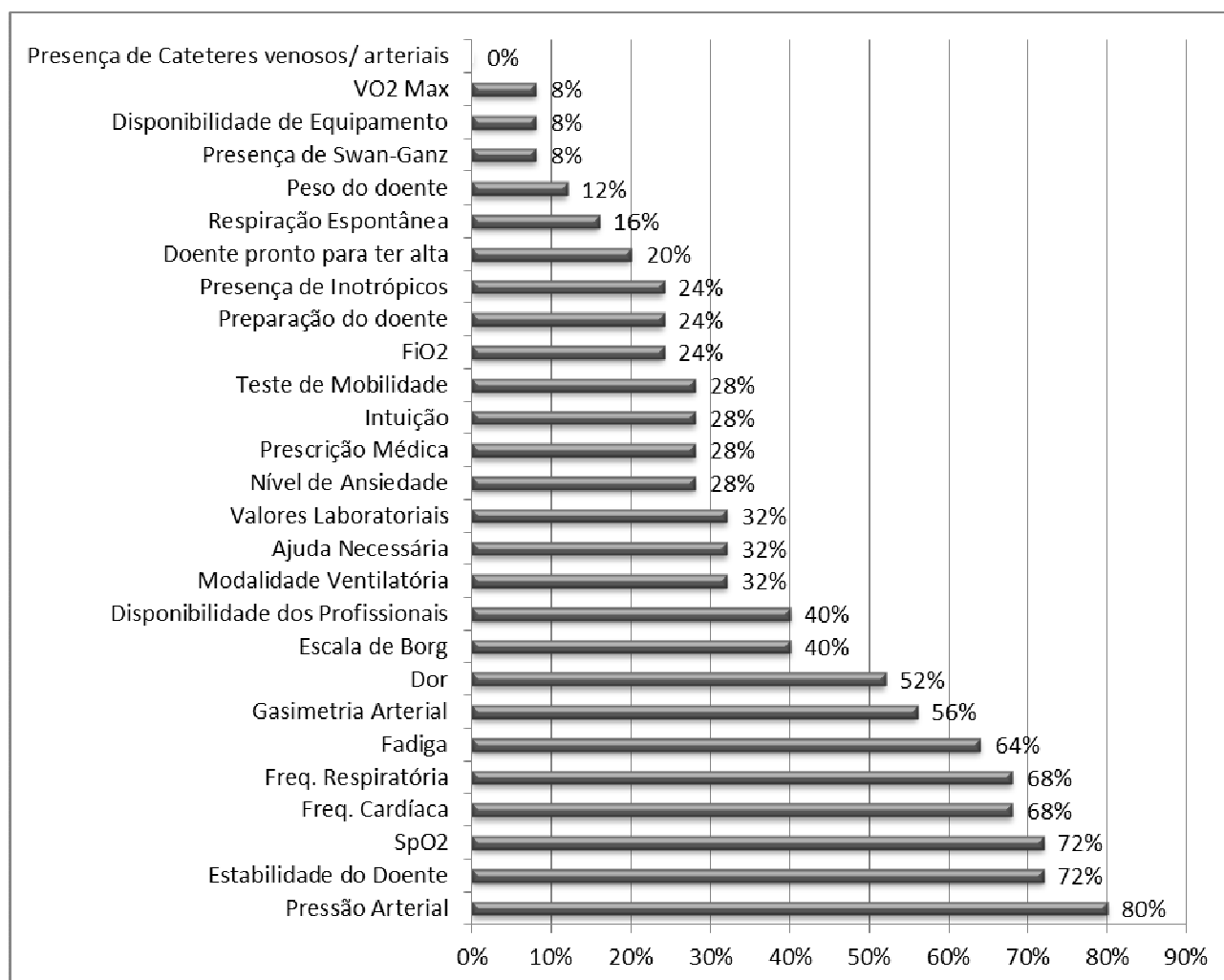
Após a análise dos resultados, conclui-se que na UCI, quem maioritariamente decide quando o doente deve iniciar a mobilização precoce, é o enfermeiro Especialista em Reabilitação, o que vem demonstrar a responsabilidade que este tem, na prevenção dos efeitos secundários da imobilização e na promoção da qualidade de vida após o internamento na UCI. É o enfermeiro Especialista que optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, pois intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar (OE, 2009).

Foi também acrescentado pelos enfermeiros inquiridos, um aspecto de extrema importância, a decisão em equipa. A decisão tomada em equipa, promove a interacção de todos os elementos da equipa multidisciplinar e a coordenação dos cuidados, garante as condições necessárias de segurança para se implementar o programa de mobilização precoce, fomenta o estabelecimento de objectivos em conjunto e a partilha de responsabilidade pelos resultados obtidos, tal como é referenciado pelos autores, Perme, C. & Chandrashekar, R. (2008).

*Quais os factores que influenciam a tomada de decisão para **iniciar** a Mobilização?*

Foi perguntado aos enfermeiros que factores tinham em conta, quando decidem iniciar a mobilização e na resposta podiam escolher todos os factores que achassem que se aplicavam. Concluiu-se que os factores mais referenciados são, a “Pressão Arterial” (80%), a “Estabilidade do doente” (72%), a “SpO2” (72%), a “Frequência Cardíaca” (68%), a “Frequência Respiratória” (68%), a “Fadiga” (64%), a “Gasimetria Arterial” (56%) e a “Dor” (52%). A presença de cateteres venosos/arteriais, não foi referenciada como factor que influencia a tomada de decisão para iniciar a mobilização precoce, sendo os factores que mais influenciam nesta tomada de decisão, a “pressão arterial”, a “SpO2” e a “estabilidade do doente”. São apresentados os resultados no gráfico 4.

Gráfico 4 - Factores referidos como aqueles que influenciam a tomada de decisão para iniciar a Mobilização.



Relativamente ao factor “*nível de ansiedade*”, foi encontrado uma diferença significativa, sendo o enfermeiro com o papel de Especialista em Reabilitação aquele que mais considera este factor como influente para iniciar a mobilização, ao contrário de todos os outros,  $\chi^2 (2) = 12,599$ ;  $p=0,002$ . De igual forma, são estes enfermeiros que mais consideram os factores “*disponibilidade de equipamento*”,  $\chi^2 (2) = 6,884$ ;  $p=0,032$ , “*valor de VO2*”,  $\chi^2 (2) = 6,884$ ;  $p=0,032$  e “*preparação do doente*”,  $\chi^2 (2) = 7,965$ ;  $p=0,019$ , como aqueles que mais influenciam na tomada de decisão para a mobilização precoce, ao contrário de todos os outros enfermeiros.

Quanto ao género, foi encontrado uma grande probabilidade de haver diferença, no que diz respeito ao factor “*presença de respiração espontânea*”, sendo o género masculino

aquele que mais considera este factor como influente na tomada de decisão para iniciar a mobilização, *Test Exact Fisher's*;  $p=0,053$ .

Foi encontrado tendência para haver diferença nos enfermeiros com formação para além da Especialidade de Reabilitação, em relação aos factores “*presença de respiração espontânea*”, e “*disponibilidade de equipamento*”, sendo estes factores que mais influenciam a tomada de decisão para iniciar a mobilização, *Test Exact Fisher's*;  $p=0,067$  e *Test Exact Fisher's*;  $p=0,083$ , respectivamente.

Não se encontraram diferenças significativas em relação à idade e ao tempo de experiência na UCI, em relação aos factores que influenciam a tomada de decisão para iniciar a mobilização precoce.

A tomada de decisão para iniciar a mobilização é baseada em factores objectivos e subjectivos, sendo os factores objectivos aqueles que mais são tidos em conta para decidir. Apesar disso, factores como a dor, a fadiga e a estabilidade do doente, ganham grande relevância neste tipo de decisão.

O enfermeiro com o papel de Especialista em Reabilitação destaca-se pelo facto de ter em conta factores subjectivos, como sendo o nível de ansiedade do doente e a sua preparação para a mobilização precoce. A visão direccionada para o futuro e para os ganhos em saúde do doente, é uma competência específica do enfermeiro Especialista, o que nos leva a considerar, que o facto de se ter este papel na UCI, se desenvolvem competências que, caso contrário seriam mais difíceis de serem desenvolvidas na prática comum. A intervenção do enfermeiro Especialista tem como objectivo estabelecer um diagnóstico precoce e desenvolver acções preventivas, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais do doente, prevenir complicações e evitar incapacidades, para tal, utiliza técnicas específicas, que resultam de um nível elevado de conhecimentos e experiência, que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, maximizando o potencial da pessoa (OE, 2010).

A formatação do pensamento face à acção relativamente às categorias profissionais, ainda se rege pela antiga carreira, onde o enfermeiro Especialista, é o enfermeiro mais categorizado na acção directa dos cuidados de enfermagem. Ter em conta factores como “nível de ansiedade”, “disponibilidade de equipamento”, “valor de VO<sub>2</sub>” e “preparação do doente”, como aqueles que influenciam a tomada de decisão para iniciar a mobilização precoce, é ter em conta factores bastantes específicos, estando mais sensível e desperto

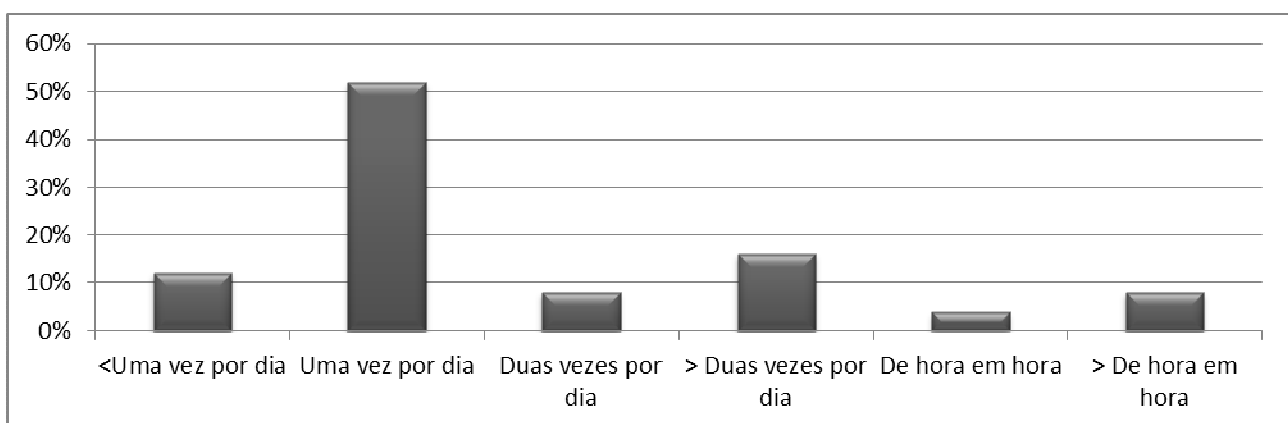
para estes. “O enfermeiro Especialista age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (Benner, 2001, p.58).

Estes resultados parecem demonstrar que a categoria de carreira influencia a assunção do papel face a acção, pelo que a perda desta categoria de Especialista, na actual carreira, pode vir a afectar esta forma de pensar/executar os cuidados de enfermagem de uma forma tão elaborada.

*Com que **frequência** é que os doentes são mobilizados?*

Após a leitura dos dados, conclui-se que na maioria das UCI, os doentes são mobilizados 1 vez por dia (52%), seguida com 16% das respostas, temos mais de 2 vezes por dia. Os resultados são apresentados no gráfico 5.

Gráfico 5 – Frequência com que os doentes são mobilizados na UCI.

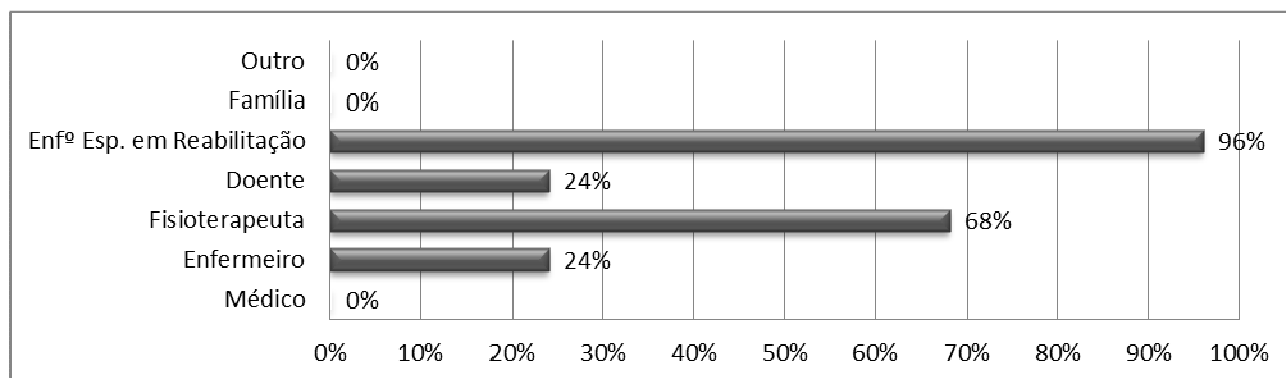


Foram comparadas as variáveis independentes em estudo e verificou-se que não existem diferenças significativas relativamente á frequência com que os doentes são mobilizados, em relação ao papel do enfermeiro, ao género, á idade, á formação para além da Especialidade e ao tempo de experiência na UCI.

*Quem **executa** um programa de mobilização?*

Pelas respostas dos participantes, conclui-se que maioritariamente, quem executa o programa de mobilização precoce, é o enfermeiro Especialista em Reabilitação, conforme expresso no gráfico 6.

Gráfico 6 – Quem executa um programa de mobilização na UCI.



Na análise dos resultados, mais uma vez se vem vincar a importância e a responsabilidade que o enfermeiro Especialista em Reabilitação tem na execução do programa de mobilização. A família não foi incluída, apesar de ser um elemento fundamental na Reabilitação do doente mas, uma UCI traduz um ambiente desconhecido e assustador, devido à existência de máquinas e à situação crítica e delicada em que o doente se encontra, levando o familiar a distanciar-se dos cuidados. A participação da família no programa de reabilitação, melhora a qualidade deste, pois a família conhece as necessidades do doente, enriquecendo a eficácia dos cuidados específicos, que cada um dos elementos da equipa oferece, devendo ser incluída na equipa multidisciplinar, privilegiando assim a partilha de saberes.

#### *Que factores influenciam a tomada de decisão para a **frequência** da Mobilização?*

Em relação aos factores que influenciam a tomada de decisão para a frequência com que são mobilizados os doentes, constatou-se que a “*presença de cateteres venosos/arteriais*” (4%), é um factor que influencia a tomada de decisão, ao contrário do que acontece na tomada de decisão para iniciar a mobilização (0%). O que sugere que nem sempre os cuidados de enfermagem de Reabilitação dão resposta às reais necessidades do doente, pelos constrangimentos inerentes ao ambiente existente nas UCI. Constata-se também que a “*disponibilidade dos profissionais*”, é um factor que adquire bastante relevância, quando é tomada a decisão para o número de vezes que o doente é mobilizado, por dia. Comparando os factores que influenciam a tomada de decisão para iniciar a mobilização e os factores que influenciam para decidir, com que frequência os doentes são mobilizados, constata-se que a “*pressão arterial*”, a “*saturação de O<sub>2</sub>*”, a “*estabilidade do doente*”, a “*frequência respiratória*” e a “*frequência cardíaca*”, são factores que adquirem



menos importância. Passando a ser os factores “*dor*”, “*fadiga*”, “*estabilidade do doente*” e “*disponibilidade dos profissionais*”, os mais referidos como aqueles que influenciam a decisão para a frequência com que o doente é mobilizado, constatando-se assim, que para esta tomada de decisão, são tidos em conta mais factores subjectivos, que factores objectivos.

Um factor que é referenciado por um dos inquiridos, como influente na tomada de decisão para a frequência da mobilização e que não consta no questionário, é a Escala de Braden.

Relativamente ao factor “*frequência cardíaca*”, foi encontrada uma grande probabilidade de haver diferença, em que os enfermeiros generalistas e os enfermeiros graduados, valorizam menos este factor para a tomada de decisão da frequência com que o doente é mobilizado, ao contrário do enfermeiro Especialista, do enfermeiro Responsável e do enfermeiro Chefe,  $\chi^2 (2) = 4,920$ ;  $p=0,085$ . Também em relação ao factor “*peso do doente*”, existe uma grande probabilidade de haver diferença, pois os enfermeiros chefes, ao contrário dos restantes enfermeiros, referem este factor como influente na tomada de decisão para a frequência da mobilização,  $\chi^2 (4) = 8,500$ ;  $p=0,075$ , talvez porque, regra geral, eles não estão envolvidos na mobilização.

Em relação ao factor “*nível de ansiedade*” foi encontrada uma diferença significativa, sendo o enfermeiro Especialista aquele que mais considera este factor, como influente para a tomada de decisão para a frequência da mobilização do doente,  $\chi^2 (2) = 7,226$ ;  $p=0,027$ .

Não se encontraram diferenças significativas em relação ao género.

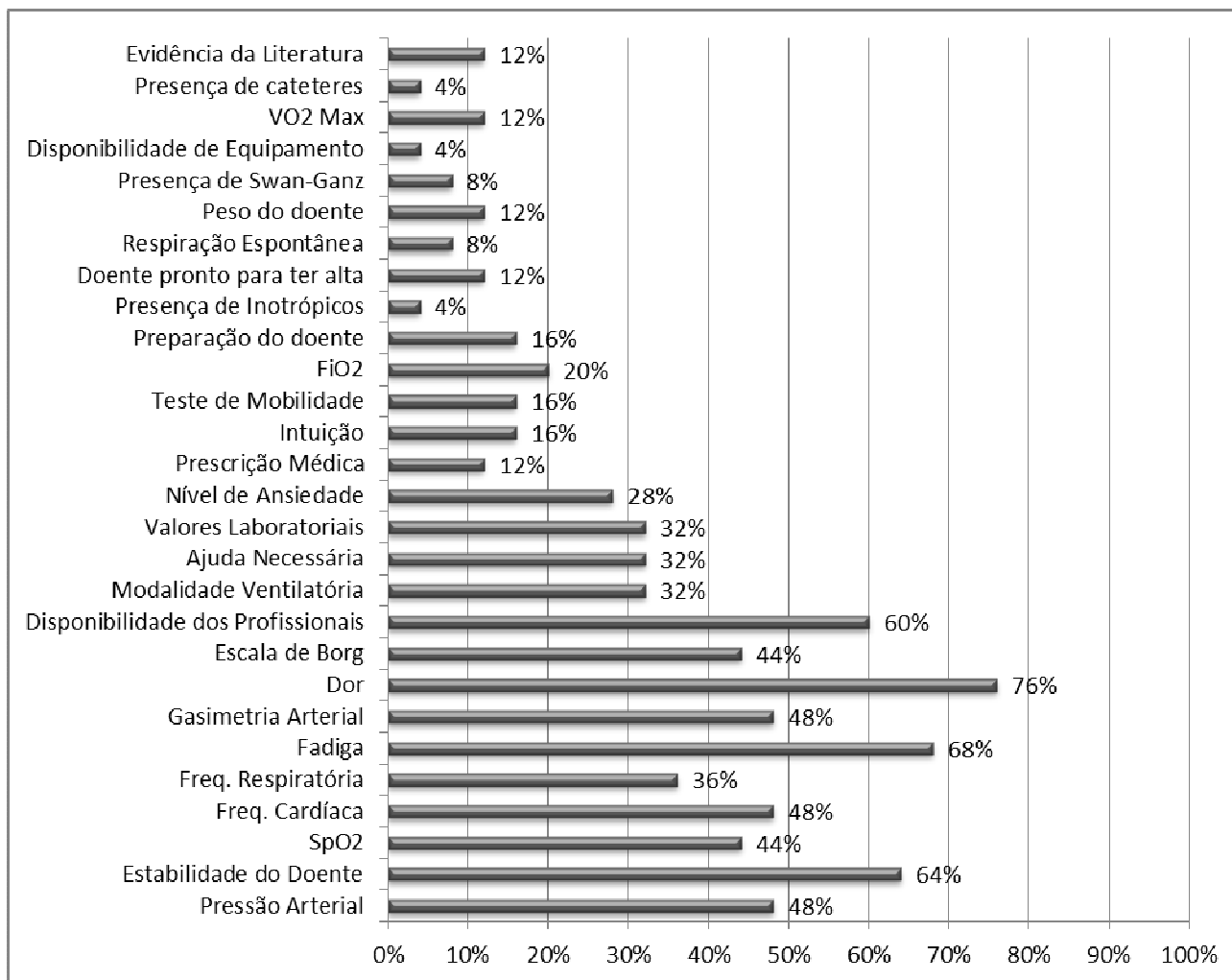
No que diz respeito à idade, foi encontrado uma grande probabilidade de haver diferença no factor “*frequência cardíaca*”, sendo os enfermeiros mais velhos, os que mais referenciam este factor, como influente para a tomada de decisão da frequência da mobilização,  $Z (13,12) = 2,067$ ;  $p= 0,60$  e uma diferença significativa, no factor “*pressão arterial*”, sendo novamente os enfermeiros mais velhos que mais o referenciam,  $Z (13,12) = 3,056$ ;  $p=0,005$ .

Após a análise dos resultados verifica-se que os factores objectivos, adquirem uma menor importância, quando o enfermeiro tem que decidir com que frequência vai mobilizar o doente, sendo os enfermeiros mais velhos os que mais os valorizam, na sua tomada de decisão.

O enfermeiro com o papel de Especialista em Reabilitação, volta a destacar-se, pela importância que dá ao nível de ansiedade que o doente apresenta, dependendo deste factor, para decidir as vezes que mobiliza o doente.

Um achado importante, é também a relevância que os enfermeiros dão à presença de cateteres e á disponibilidade dos profissionais, para decidirem com que frequência, mobilizam os seus doentes. É certo que na presença de cateteres as questões de segurança tornam-se ainda mais preocupantes, daí a necessidade de haver mais profissionais disponíveis, para que em momento algum, se coloque em risco a segurança do doente. Os resultados podem ser observados no gráfico 7:

Gráfico 7 - Factores referidos como aqueles que influenciam a tomada de decisão para a frequência da Mobilização na UCI.

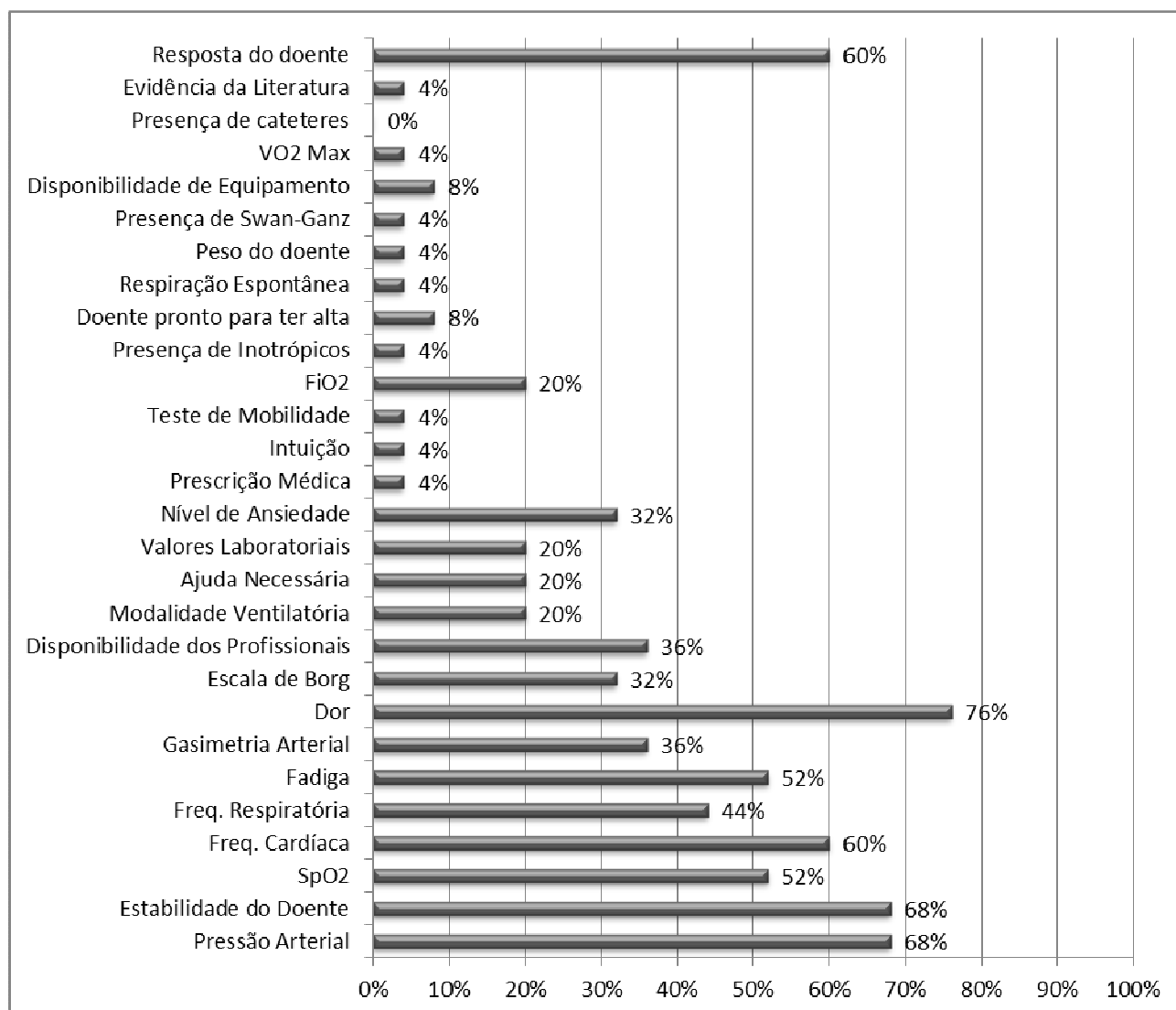


Que factores influenciam a tomada de decisão acerca da **duração** das sessões de mobilização?

Constatou-se que a “*presença de cateteres*”, não é um factor que influencia a tomada de decisão. Os factores “*frequência cardíaca*”, “*estabilidade do doente*” “*pressão arterial*”, “*dor*” e “*resposta do doente*”, são os mais referidos como aqueles que influenciam a duração das sessões de mobilização.

Um factor que é referenciado pelos inquiridos, como influente na tomada de decisão para a duração da mobilização e que não consta no questionário, é o “*estado hemodinâmico*” do doente. Para uma melhor visualização, são apresentados os resultados no gráfico 8.

Gráfico 8 - Factores referidos como aqueles que influenciam a tomada de decisão acerca da duração das sessões de mobilização na UCI.



Relativamente a factor “*nível de ansiedade*”, foi encontrada uma diferença significativa, sendo os enfermeiros com o papel de Especialistas em Reabilitação os que mais referenciam este factor como influente na tomada de decisão para a duração da mobilização, ao contrário dos restantes enfermeiros,  $\chi^2 (2) = 6,618$ ;  $p=0,037$ . Também, em relação ao factor “*frequência cardíaca*” foi encontrada uma diferença significativa, sendo os enfermeiros chefes e os enfermeiros responsáveis, que mais referenciam este factor, na sua tomada de decisão  $\chi^2 (2) = 6,597$ ;  $p=0,037$ .

No factor “*SpO2*” existe uma grande probabilidade de haver diferença, sendo os enfermeiros chefes e os enfermeiros responsáveis que consideram mais este factor como influente, para a tomada de decisão da duração da mobilização,  $\chi^2 (2) = 4,873$ ;  $p=0,087$ . Para o factor “*pressão arterial*”, são os enfermeiros Especialistas, os enfermeiros chefes e os enfermeiros responsáveis que tendem a valorizar mais este factor, na sua tomada de decisão,  $\chi^2 (2) = 5,086$ ;  $p=0,079$ .

Nos enfermeiros que têm formação para além da Especialidade de Reabilitação, existe uma grande probabilidade de haver diferença, para não considerarem o factor “*escala de Borg*” para a tomada de decisão da duração da mobilização,  $\chi^2 (1) = 5,367$ ;  $p=0,052$ . Em relação ao factor “*pressão arterial*”, foi encontrado uma grande probabilidade de haver diferença, sendo os enfermeiros mais velhos que tendem a valorizar mais este factor,  $z (8;17) = 2,118$ ;  $p=0,057$ .

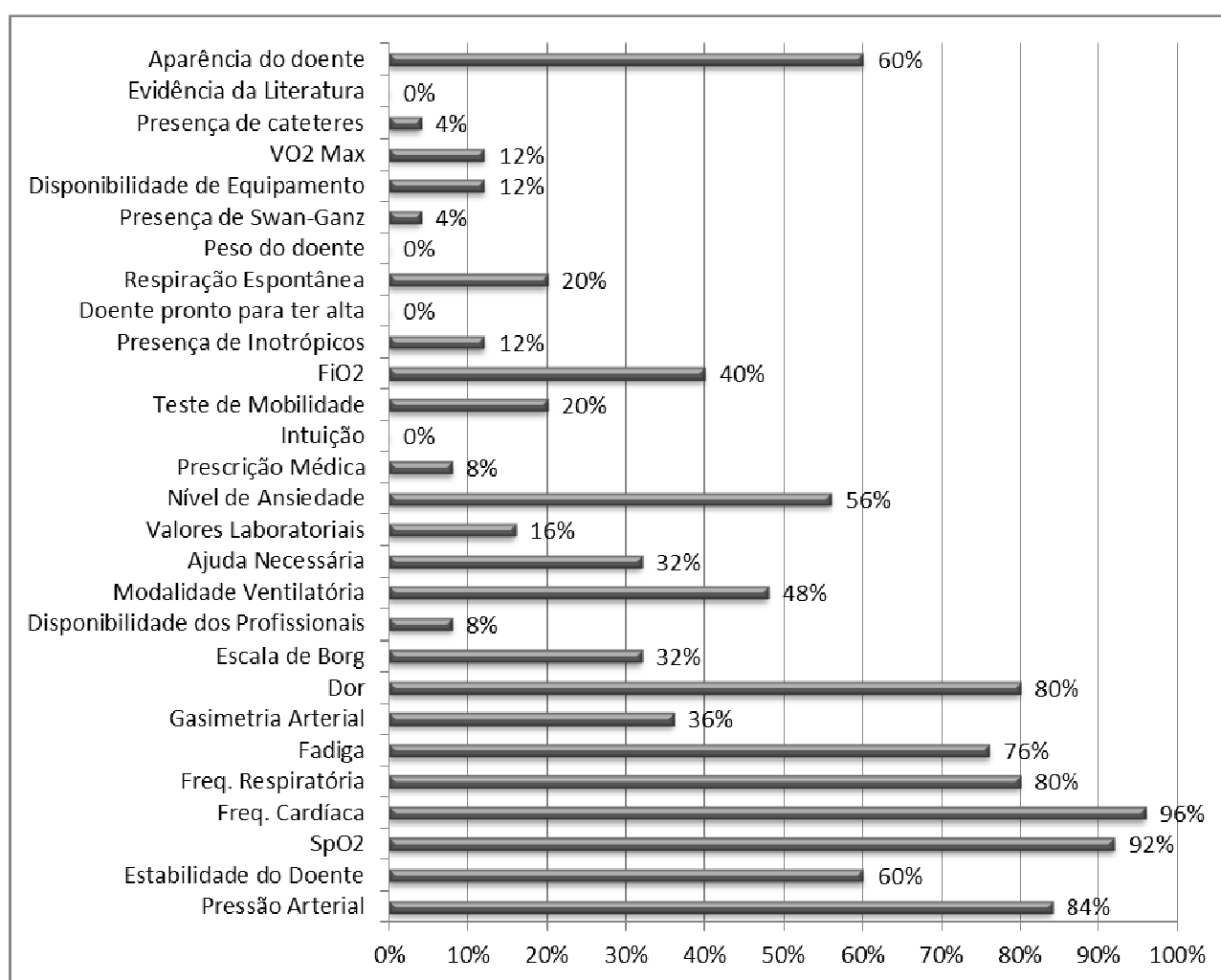
Com a análise dos dados constata-se que a dor e a resposta do doente, são os factores que determinam em quanto tempo decorre a mobilização. Sendo eles factores subjectivos, são complementados com factores objectivos, estando a tensão arterial e a frequência cardíaca, como valores, também eles importantes, para determinar a duração da mobilização. Mais uma vez se constata, que são os enfermeiros mais velhos, que mais valorizam estes dois factores.

Também indo de encontro com os achados nas respostas anteriores, os enfermeiros, com o papel de enfermeiro Especialista em Reabilitação, são os que têm em conta o nível de ansiedade do doente, para tomarem decisão, ao contrário de todos os outros. Para a duração da mobilização, verificou-se que a presença de cateteres, não exerce qualquer influência.

### O que **monitoriza**, durante a mobilização do doente?

Constatou-se que o que é mais monitorizado durante a mobilização é a “*frequência cardíaca*” (96%), a “*SpO2*” (92%), a “*pressão arterial*” (84%), a “*frequência respiratória*” (80%), a “*dor*” (80%) e a “*fadiga*” (76%). Foi referenciado, a “*hipertensão intracranéana*” do doente, como um valor que também se monitoriza durante a mobilização, numa das UCI estudadas. Para melhor visualização, são apresentados os resultados no gráfico 9.

Gráfico 9 - O que se monitoriza, durante a mobilização do doente na UCI.



Relativamente à “*dor*”, foi encontrada uma diferença significativa, pois são os enfermeiros com o papel de Especialista em Reabilitação, os enfermeiros responsáveis e os enfermeiros chefes, que mais a monitorizam durante a mobilização,  $\chi^2(2) = 6,771$ ;  $p=0,034$ . Também foi encontrada uma diferença significativa na “*gasimetria arterial*”, pois os enfermeiros que não possuem formação para além da Especialidade de Reabilitação,

são aqueles que maioritariamente, não a consideram como relevante para a monitorização do doente, durante a mobilização, ao contrário dos outros,  $\chi^2(1) = 5,957$ ;  $p=0,026$ .

Quanto às idades dos enfermeiros, existe uma grande probabilidade de haver diferença no que diz respeito à “pressão arterial” e à “escala de Borg”. Na primeira, são os enfermeiros mais velhos que mais a utilizam para monitorizar o doente durante a mobilização,  $Z(4;21) = 1,960$ ;  $p = 0,081$  e em relação à “escala de Borg”, são os enfermeiros mais novos que mais a referenciam para a monitorização durante a mobilização,  $Z(17; 8) = 2,118$ ,  $p= 0,57$ . Este último resultado, sugere a importância que actualmente se tem dado à utilização de escalas para quantificar e traduzir objectivamente os resultados obtidos.

Os dados revelam, que a frequência cardíaca, a saturação periférica de oxigénio e a pressão arterial são os valores mais monitorizados durante as mobilizações, sendo que novamente, são os enfermeiros mais velhos que mais valor dão à tensão arterial.

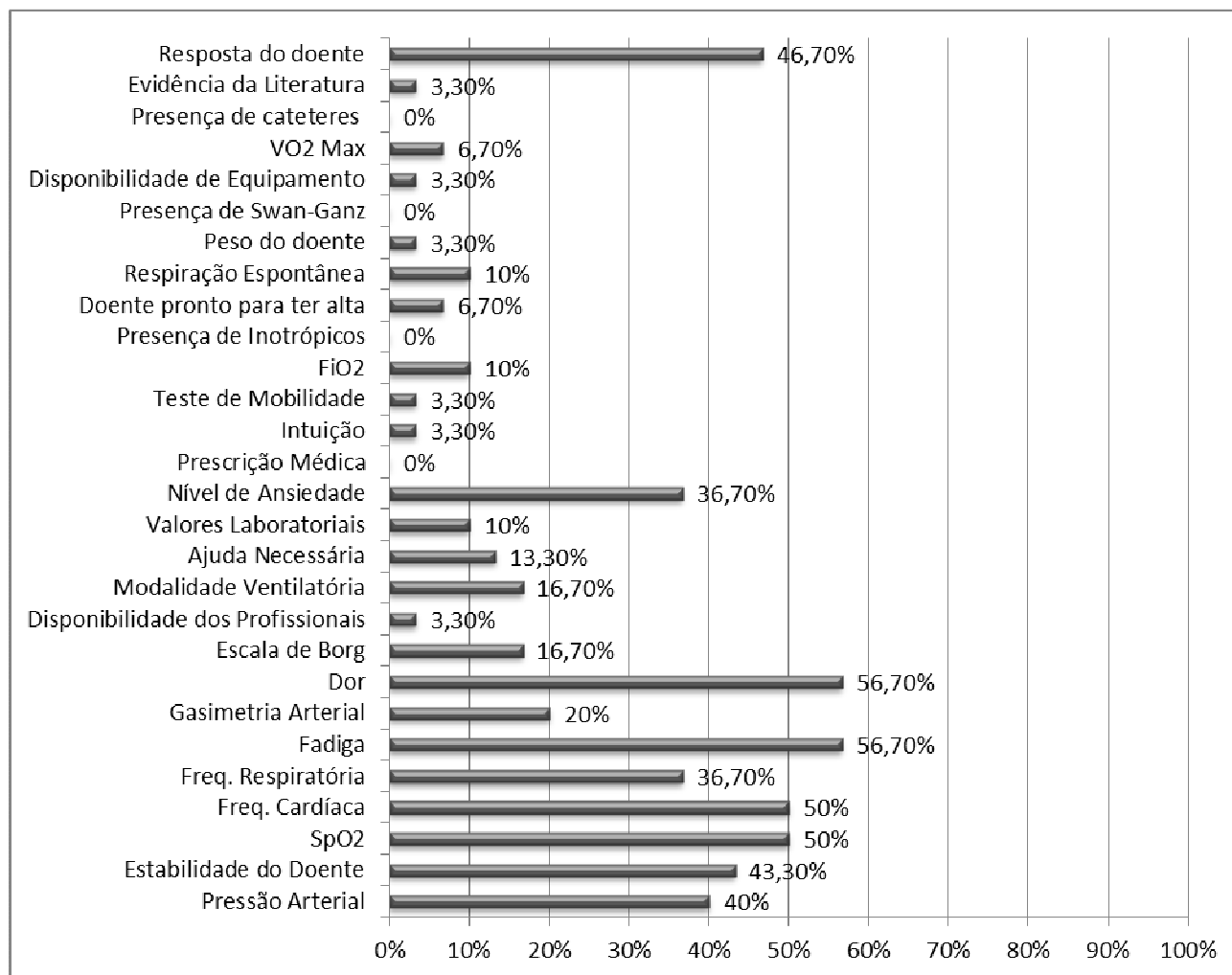
Verifica-se também que os enfermeiros sem formação para além de Especialidade de Reabilitação, são aqueles que menos valor atribuem à gasimetria arterial, para a monitorização da mobilização. A dor, estando dentro dos parâmetros mais monitorizados, é mais valorizada pelos enfermeiros chefes, responsáveis e pelos enfermeiros com o papel de Especialista em Reabilitação, ao contrário dos outros.

*Que factores influenciam a avaliação da capacidade do doente para **prosseguir** com a mobilização?*

Os factores mais referenciados pelos enfermeiros, como influentes na avaliação do doente para prosseguir na mobilização são, a “Dor”, a “Fadiga”, a “Frequência Cardíaca” e a “SpO2”. Não foram encontradas diferenças significativas quando comparado, o género, a idade, a formação para além da Especialidade de Reabilitação, o tempo de experiência e o papel do enfermeiro na UCI, como os factores que influenciam a avaliação da capacidade do doente para prosseguir com a mobilização, conforme o gráfico 10.

A capacidade para avaliar se o doente está apto para prosseguir com a mobilização, é uma etapa importante no programa de mobilização precoce. Segundo os inquiridos, esta avaliação é baseada na dor e na fadiga que o doente vai apresentado ao longo dos exercícios e nos valores da frequência cardíaca e da saturação periférica de oxigénio.

Gráfico 10 – Factores referidos como aqueles que influenciam a avaliação da capacidade do doente para prosseguir com a mobilização na UCI.



Em anexo (Anexo X) estão ilustrados os factores que mais influenciam na tomada de decisão por parte do enfermeiro, para iniciar a mobilização, para decidir a frequência e a duração da mobilização e para decidir se deve prosseguir com a mobilização. Os factores com menos de 25% de escolha, nos quatro momentos de decisão, não foram incluídos no gráfico.

Analisando o gráfico, pode-se constatar que nas diversas fases do programa de mobilização, são diferentes os factores que influenciam o enfermeiro, na sua tomada de decisão. Para decidir se o doente deve iniciar ou não a mobilização, os factores objectivos são os mais tidos em conta pelos enfermeiros, sendo eles, a tensão arterial, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio e a estabilidade do doente. Tal como nos dizem Perme and Chandrashekar (2008), a avaliação inicial é fundamental e deve ser pormenorizada, pois é através dela que se consegue inserir o

doente na fase mais apropriada do programa de Reabilitação, contribuindo assim para uma tomada de decisão adequada, eficaz e segura.

A dor, surge como o factor primordial na decisão para a frequência dos exercícios e para a duração dos mesmos, estando também presente na tomada de decisão para prosseguir ou não com a mobilização.

Para a tomada de decisão da frequência com que os doentes são mobilizados, os factores mais tidos em conta, são subjectivos, sendo eles, a dor, a fadiga, a estabilidade do doente e a disponibilidade dos profissionais. Em relação á tomada de decisão para a duração da mobilização, os factores mais tidos em conta, são objectivos (pressão arterial e frequência cardíaca) e subjectivos (dor, estabilidade do doente e resposta do doente). Quando o enfermeiro decide se progride ou não com o tipo de mobilização que é feita ao doente, os factores que mais tem em conta, são a fadiga e a dor que o doente apresenta, tendo também bastante relevância os valores de frequência cardíaca e saturação periférica de oxigénio.

Com os dados obtidos, foi feita um análise acerca do número de factores que são tidos em conta nas várias etapas de decisão da mobilização precoce, não havendo diferenças em relação à idade, ao género, á formação obtida para além da Especialidade de Reabilitação, tempo de experiência e ao papel do enfermeiro na UCI, quanto ao número de factores seleccionados. Encontrou-se sim, uma diferença significativa no número de factores que foram seleccionados como influentes na tomada de decisão para iniciar a mobilização, em relação às outras etapas, tendo os enfermeiros em conta mais factores nesta etapa, do que para decidir a frequência,  $t(24) = 1,717$ ;  $p = 0,099$ , a duração  $t(24) = 2,211$ ;  $p = 0,037$  e se prosseguem com a mobilização  $t(20) = 2,262$ ;  $p = 0,035$ .

*Utiliza habitualmente **instrumentos** para avaliar os resultados obtidos com a mobilização na UCI?*

Dos enfermeiros inquiridos, apenas 36% referem utilizar instrumentos de medida para avaliar os resultados obtidos com a mobilização. Embora haja uma sensibilização crescente para a utilização de escalas e da quantificação dos resultados, estas ainda são pouco utilizadas nas UCI. Não foram encontradas diferenças significativas quando comparado, o género, a idade, a formação para além da Especialidade de Reabilitação, o



tempo de experiência e o papel do enfermeiro na UCI, com o facto de utilizar ou não, instrumentos para a avaliação de resultados.

Os instrumentos utilizados pelos enfermeiros para a avaliação dos resultados, são os instrumentos que medem a força muscular (p. ex.: escala de Lower e escala de Oxford), que medem a percepção do esforço por parte do doente (p.ex.: escala de Borg), que avaliam o tônus muscular (p.ex.: escala de Ashworth), que avaliam o equilíbrio (p.ex.: escala de Berg) e que avaliam a amplitude articular (p.ex.:goniómetro). O facto de apenas um pouco mais de um terço dos enfermeiros utilizarem instrumentos de avaliação científica dos resultados, parece demonstrar que aqueles ainda estão pouco despertos para este tipo de instrumentos e registos.

*Acha que a mobilização deveria ser **prescrita por rotina**, ao doente que está na fase de desmame da ventilação mecânica?*

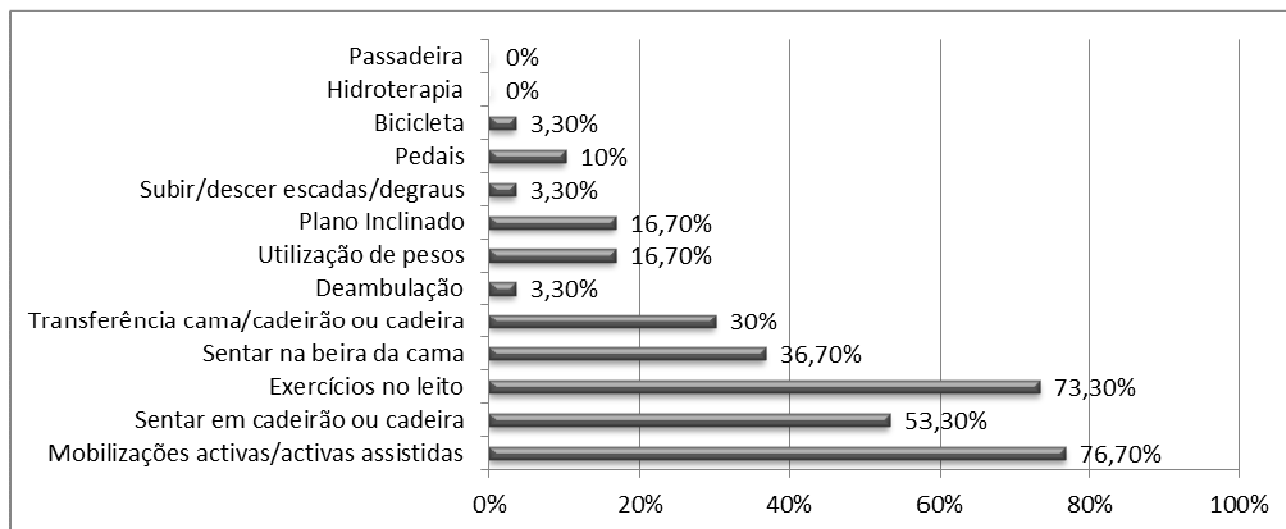
Dos enfermeiros que responderam ao questionário, 66,7%, acham que a mobilização deve ser prescrita por rotina ao doente que se encontra em fase de desmame ventilatório. Não foram encontradas diferenças significativas quando comparado, o género, a idade, a formação para além da Especialidade de Reabilitação, o tempo de experiência e o papel do enfermeiro na UCI.

*Que tipo de mobilizações prescreve ou executa nos doentes que estão em fase de desmame da ventilação mecânica?*

Após a análise dos resultados, verificou-se que os exercícios mais prescritos, são os exercícios no leito (73,3%), as mobilizações activas (76,7%) e sentar em cadeirão ou cadeira (53,3%). Dos resultados encontrados, constatou-se que exercícios com pedais, só os inquiridos do género feminino, os prescrevem nesta fase.

Para além dos exercícios descritos no questionário, foram acrescentados pelos inquiridos, as mobilizações passivas (3,3%), os exercícios com bola suíça (6,7%) e com a banda elástica (3,3%), como exercícios que também prescrevem. O gráfico 11 descreve quais os exercícios que são mais prescritos e executados pelos enfermeiros nas UCI, em doentes em fase de desmame ventilatório.

Gráfico 11 - Exercícios prescritos e executados pelos Enfermeiros na UCI, em doentes que estão em fase de desmame da ventilação mecânica.



Relativamente á idade, foi encontrada uma grande probabilidade de haver diferença, sendo que são os enfermeiros com mais idade, aqueles que mais prescrevem o exercício sentar em cadeirão/cadeira,  $\chi^2(2) = 5,796$ ;  $p=0,055$ .

Não foram encontradas diferenças significativas quando comparado, o género, a formação para além da Especialidade de Reabilitação, o tempo de experiência e o papel do enfermeiro na UCI, com o tipo de mobilização que prescreve e executa nos doentes em fase de desmame ventilatório.

Em anexo (Anexo XI) estão ilustrados os exercícios prescritos e executados pelos enfermeiros ao doente internado na UCI e os exercícios prescritos e executados especificamente ao doente em fase de desmame ventilatório. Após a análise dos dados, conclui-se que os exercícios mais prescritos ao doente na UCI, estando ou não em fase de desmame ventilatório, são as mobilizações activas/activas assistidas, o sentar em cadeira/caдейão, os exercícios no leito, sentar na beira da cama e as transferências para o cadeirão ou cadeira. Apesar de serem os exercícios mais prescritos em ambos os casos, o doente que se encontra em fase de desmame, executa mais mobilizações activas/activas assistidas e exercícios no leito, sendo os exercícios sentar à beira da cama e a transferência da cama para o cadeirão ou cadeira menos executados. Esta tomada de decisão, sugere que os enfermeiros têm em conta a fase crítica que é o desmame do ventilador, procurando não levantar tanto o doente para fora da cama, e com isso prevenir a exaustão do doente que como consequência, pode ter o protelar da extubação orotraqueal.

Quais são os **objectivos** da mobilização para estes doentes?

Para os participantes, os objectivos da mobilização para o doente em fase de desmame ventilatório são, aumentar a força muscular (88%), aumentar a resistência (84%), aumentar a amplitude dos movimentos (76%) e aumentar a funcionalidade (68%). Para além dos objectivos descritos no questionário, 16% dos inquiridos acrescentaram, aumentar a capacidade ventilatória, prevenir e corrigir alterações músculo-esqueléticas e aumentar a amplitude torácica, estando estas respostas de acordo com o que nos dizem Perme and Chandrashekar (2008).

*Alteraria a sua prescrição ou execução de mobilização de um doente sob ventilação mecânica, comparativamente com um doente que **não** está mecanicamente ventilado?*

Das respostas obtidas, 47,8 % dos enfermeiros responderam que não alterariam a sua prescrição ou execução. Dos 52,2% que responderam que sim, que alterariam a sua prescrição ou execução num doente ventilado, a maioria justificaram a sua resposta afirmando que deve ser feita uma avaliação individualizada, de forma a se poder adaptar o programa de mobilização ao doente e assim, estabelecer objectivos específicos. Sendo que a alteração da prescrição ou execução, se deveria ao facto de o doente ventilado apresentar habitualmente mais condicionamentos à mobilização, nomeadamente, a presença dos equipamentos (traqueias, ventilador, etc.), ao risco de compromisso da via aérea artificial, à provável diminuição da tolerância ao esforço, pela alteração da função respiratória, e pela diminuição da colaboração do doente, devido à sedação que habitualmente é instituída.

Ainda dentro dos enfermeiros que responderam que sim, que alterariam a sua prescrição num doente sob ventilação mecânica, apesar do conhecimento acerca dos benefícios da mobilização precoce e da sua segurança e eficácia, houve quem justificasse a sua resposta pelo facto de o doente que está sob ventilação mecânica, não poder realizar marcha, nem subir ou descer escadas e de o exercício depender da modalidade ventilatória em que o doente se encontra.

## 5. CONCLUSÃO

Com o presente trabalho de investigação, pretendeu-se identificar quais os factores que influenciam a tomada de decisão, dos enfermeiros Especialista em Reabilitação, durante as várias etapas da mobilização do doente crítico.

Com o decorrer da análise e estudo dos resultados obtidos, pode-se concluir que vários são os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, sendo eles factores objectivos e subjectivos e que aquele tem em conta mais factores, quando tem de decidir quando inicia a mobilização precoce.

Relativamente aos dados obtidos, constatou-se que 83,3% dos enfermeiros Especialista em Reabilitação prescrevem e executam mobilizações aos doentes em situação crítica e todos eles concordam que a mobilização precoce está indicada a todos os doentes internados na UCI. A instabilidade hemodinâmica, é a contra-indicação para o exercício mais referenciada pelos inquiridos, seguindo-se a SDRA, a presença de HDFVVC, a presença de agentes inotrópicos, a agitação e a dor. Todos os enfermeiros são da opinião que a presença de ventilação mecânica e a presença de traqueostomia, não são contra-indicações, tal como nos dizem Perme and Chandrashekar (2009, February), em que os doentes podem ser mobilizados com tubo endotraqueal e com traqueostomia, quando todas as questões de segurança são tomadas.

Quem decide maioritariamente, quando o doente deve iniciar a mobilização precoce, e quem mais executa o programa de mobilização, é o enfermeiro Especialista em Reabilitação, vindo demonstrar a responsabilidade e importância que este tem, na prevenção dos efeitos da imobilidade e na promoção da qualidade de vida após a alta, do doente internado numa UCI.

A frequência com que os doentes são mobilizados ao longo do dia, varia bastante nas diversas UCI estudadas contudo, a maioria mobiliza apenas os doentes uma vez por dia. Dos exercícios mais prescritos e executados, temos as mobilizações activas/activas assistidas, sentar em cadeirão ou cadeira, exercícios no leito, sentar á beira da cama e fazer transferências da cama para o cadeirão ou cadeira. Quando o doente se encontra em fase de desmame, segundo os resultados obtidos, o doente executa mais mobilizações activas/activas assistidas e exercícios no leito, sendo os exercícios de sentar á beira da cama e a transferência da cama para o cadeirão menos executados.

Os enfermeiros do género masculino, são os que mais sentam o doente em cadeira ou cadeirão, e o enfermeiro com o papel de Especialista em Reabilitação é aquele que mais exercícios no leito executa, ao contrário dos enfermeiros mais novos. Os exercícios de subir e descer escadas e o uso de bicicleta, apenas os enfermeiros com idade superior a 40 anos os prescrevem.

Os factores mais referenciados pelos enfermeiros, como aqueles que influenciam a tomada de decisão para iniciar a mobilização são, a pressão arterial, a estabilidade do doente, a SpO<sub>2</sub>, a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a fadiga, a gasimetria arterial e a dor. Para decidirem com que frequência são mobilizados os doentes, alguns destes factores adquirem menos importância na tomada de decisão, passando a ser os factores dor, fadiga, estabilidade do doente e disponibilidade dos profissionais.

A presença de cateteres venosos ou arteriais, apenas influencia o enfermeiro na sua tomada de decisão para a frequência com que mobiliza os doentes, não tendo qualquer influência na altura de iniciar, na duração, ou se deve ou não o doente prosseguir na mobilização.

Para decidir, quanto tempo dura a mobilização, a dor e a resposta do doente, são os factores que os enfermeiros mais têm em conta, seguindo-se, os valores da tensão arterial e da frequência cardíaca.

A avaliação do doente, para decidir se este está ou não apto para prosseguir com a mobilização, é uma etapa importante no programa de mobilização. Para tal, os enfermeiros inquiridos têm em conta a dor e a fadiga que o doente possa apresentar ao longo dos exercícios e os valores da frequência cardíaca e da saturação periférica de oxigénio. A monitorização do doente durante os exercícios, é feita maioritariamente através da frequência cardíaca, da saturação periférica de oxigénio e da pressão arterial.

Conclui-se que os factores objectivos são os mais tidos em conta na tomada de decisão para iniciar a mobilização e para monitorizar o doente, em contra partida, os factores subjectivos são mais valorizados aquando da decisão da frequência das mobilizações e da sua duração. Contudo, há uma combinação dos dois em todos os momentos.

Os resultados parecem confirmar que existem factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro para a mobilização precoce, apesar da Especialidade de Reabilitação em Enfermagem fornecer ferramentas teóricas e práticas para a decisão dos enfermeiros, esta decisão é mediada por outros factores, tais como a idade, género,

tempo de experiência, papel do enfermeiro Especialista e a formação para além da Especialidade.

O enfermeiro com o papel de Especialista destaca-se pelo facto de ter em conta factores subjectivos na sua tomada de decisão, tais como o nível de ansiedade do doente e a sua preparação para a execução dos exercícios. Aquele, age a partir de uma compreensão profunda da situação global do doente e trabalha com um olho no futuro (Benner, 2001). Como já foi dito, estes resultados parecem demonstrar que a categoria de carreira influencia a forma de pensar face a acção, pelo que a perda desta categoria de Especialista, na actual carreira, pode vir a determinar esta forma de pensar/executar os cuidados de enfermagem de uma forma tão elaborada.

Em relação ao facto de o enfermeiro dever ou não alterar a sua prescrição, quando o doente está ventilado, as respostas praticamente se contrabalançaram, dizendo os que alterariam a sua prescrição, que isso se devia ao facto de o doente ventilado apresentar habitualmente mais condicionamentos á mobilização, risco de compromisso da via aérea e provável diminuição da tolerância ao esforço.

A sedação foi mencionada como um factor inibidor da mobilização precoce, despertando-nos para a necessidade de reduzir a sedação para níveis mínimos aceitáveis, de forma a podermos obter a maior colaboração possível, por parte do doente.” *A sedação representa uma importante barreira para a implementação da mobilização precoce...*” (Needham et al, 2010, April). E aqui, mais uma vez, se realça a importância do trabalho em equipa pois, a intervenção de uma equipa multidisciplinar é fundamental para o sucesso da implementação da mobilização precoce numa UCI. “ *A utilização de um programa de mobilização precoce exige um esforço de colaboração entre os membros da equipa multidisciplinar, a fim de coordenar os cuidados para a mobilização e fornecer segurança aos doentes da UCI*” (Perme & Chandrashekar, 2009, February).

A mobilização precoce assume uma elevada importância na prática do enfermeiro de Reabilitação embora, e isso se torna claro neste estudo, a prescrição da mobilização e a sua execução, variam bastante. É premente que se criem protocolos e/ou guidelines para a mobilização não só, pela segurança dos cuidados como também, para identificar o mais precocemente possível, a capacidade do doente para iniciar o programa e para se medirem resultados (Thomas, 2009). Dos enfermeiros inquiridos neste estudo, apenas 36% referem utilizar instrumentos de medida para avaliar os resultados obtidos com a

mobilização, sendo estes para avaliar a força motora, o tónus muscular, a amplitude articular, o equilíbrio e o esforço por parte do doente.

A mobilização precoce tem um papel de extrema importância na prevenção da fraqueza muscular e na redução da funcionalidade, pelos quais os doentes em cuidados intensivos se deparam. Com a aquisição e o desenvolvimento dos conhecimentos e habilidades práticas, necessárias para uma prática segura, a confiança e o processo da tomada de decisão do enfermeiro Especialista em Reabilitação, tornar-se-á respectivamente, maior e facilitada.

É relevante referir algumas limitações do estudo que foram encontradas no decorrer do mesmo, nomeadamente em relação ao tamanho da amostra, que apenas incluiu 30 enfermeiros e por apenas incluir Unidades de Lisboa, o que limita as suas conclusões. Também há a referir algumas limitações encontradas no questionário, pois em relação às idades, a questão poderia ter sido colocada em aberto e não estratificada, o que possibilitaria um estudo mais aprofundado. Em relação aos exercícios explorados, não foram incluídos no estudo os exercícios passivos, o que teria sido interessante estudar, não só para se poder comparar com outros tipos de exercícios, mas também para poder quantificá-los na prática diária. Ainda em relação ao questionário, foi comentado por alguns inquiridos, a sua extensão, o que o tornou exaustivo durante o preenchimento.

Apesar das limitações do estudo, no que diz respeito aos objectivos estabelecidos para o trabalho, considero que os mesmos foram atingidos, pelo que foi possível responder à pergunta de investigação estabelecida inicialmente, e assim, conhecer melhor a realidade das nossas UCI, no que diz respeito à mobilização precoce e saber quais os factores que influenciam o enfermeiro Especialista em Reabilitação, na sua tomada de decisão para a mobilização precoce.

Com a elaboração deste trabalho tornou-se claro a pertinência de outros estudos de investigação sobre o tipo de mobilizações que são feitas nas UCI Portuguesas e quais os ganhos para a saúde, nomeadamente na diminuição do tempo de internamento. Os dados deste trabalho poderão ser úteis para investigações futuras que, deverão também focar-se em desenvolver programas específicos de mobilização, de forma a padronizar caminhos para a tomada de decisão, criar um cuidar comum nas UCI Portuguesas e desenvolver formas de medição de resultados. Apesar de tudo, este foi um estudo pioneiro acerca da mobilização precoce e uma tentativa de realçar a importância dos cuidados de enfermagem de Reabilitação, nas UCI.

Com este trabalho não se pretendeu mostrar a eficácia da intervenção da mobilização precoce, pois já estão publicados vários estudos que demonstram a sua segurança, viabilidade e os benefícios, pretendeu-se sim, tentar dar a conhecer a realidade das nossas Unidades e aumentar o grau de conhecimento dos enfermeiros, em particular dos enfermeiros especialistas de Reabilitação, acerca dos factores que influenciam a tomada de decisão na prescrição e execução de um programa de mobilização precoce. Quem sabe, num futuro próximo, a mobilização precoce se torne num cuidar tão essencial, como todos os outros que se praticam na UCI.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2006). Contabilidade analítica 2006 Hospitais do SNS. Ministério da Saúde.
- Bell, L. (2009, May). Achieving early mobility in mechanically ventilated patients. *American Journal of Critical Care*, 18 (3),212- 222.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem. Coimbra, Quarteto Editora, ISBN – 972-8535-97-X.
- Bourdin, G., Barbier, J., Burle, J., Durante, G., Passant, S., Vincent, B., Vicente B., Badet M., Bayle F., Richard J. & Guerin, C. (2010, April). The feasibility of early physical activity in intensive care unit patients: a prospective observational one-center study. *Respiratory Care*, 55(4), 400-407.
- Bryan O`young, Mark A. Young, Steven A. & Stiens (2000). Segredos em Medicina Física e de Reabilitação: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. ISBN 85- 7307-542-2.
- Carmo, H. & Ferreira M., (1998). Metodologia da Investigação: Guia para a Auto-Aprendizagem. Universidade Aberta. ISBN:972-674-231-5.
- Domenico, E., (2003, janeiro-fevereiro). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Latino-Americana*, 11 (1),115-118.
- Fortin, M. (1999) O processo de investigação: Da concepção à realização, Lusociência, Loures.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Lusodidacta – Soc. Port de Material Didáctico, Lda., ISBN:978-989-8075-18-5.
- Gosselink, R., Bott, J., Johnson, M., Dean, E., Nava, S., Norrenberg, M., Schonhofer B., Stiller K., Van de Leur, H. & Vincent, J. (2008). Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Medicine*, 34(7), 1188-1199.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital. Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-11- 8.
- Hildreth, A., Enniss, T., Martin, R., Miller, P., Mitten-Long, D., Gasaway, J., Ebert, F., Butcher, W., Browder, K., Chang, M., Hoth, J., Mowery, N. & Meredith, J. (2010, February). Surgical intensive care unit mobility is increased after institution of a

computerized mobility order set and intensive care unit mobility protocol: a prospective cohort analysis. *The American Surgeon*, 76(8), 818-822.

Jesus, H., (2006). Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem. Coimbra, Redhorse- Industria Gráfica, Lda, ISBN:972-8485-66-2.

Joel D., Donald M. Currie, Bruce, M., Gans, Paul, F., Gatens, Jr., James A. Leonard, Jr., Malcolm & C. Mcphee (1992). *Medicina de Rabilitação – Princípios e práticas*. São Paulo: Manole. Vol. II. ISBN 85-204-0077-9.

Kelly, J. (2008, February). Early mobility among ICU patients may reduce later disability. *Pulmonary Reviews*, 13(2), 11-12.

Morris, P., Goad, A., Thompson, C., Taylor, K., Harry, B., Passmore, L., Ross, A., Anderson, L., Baker, S., Sanchez, M., Penley, L., Howard A., Dixon L., Leach S., Small, R., Hite D. & Haponik, E. (2008). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical Care Medicine*, 36(8), 2238-2243.

Morris, P. & Herridge M. (2007). Early Intensive Care Unit Mobility: Future Directions. *Critical Care Clinics*, 23, 97-110.

Needham, D. (2008). Mobilizing patients in the Intensive Care Unit: Improving neuromuscular weakness and physical function. *JAMA*, 300 (14), 1685-1690.

Needham, D., Korupolu, R., Zanni, J., Pradhan, P., Colantuoni, E., Palmer, J., Brower R. & Fan, E. (2010, April). Early physical medicine and rehabilitation for patients with acute respiratory failure: A quality improvement project. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(4), 536-542.

Nunes, F., (2007, abril). Tomada de decisão de Enfermagem em Emergência. *Nursing*. N.219.

Ordem Dos Enfermeiros (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem, Conselho de Enfermagem, Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*, Caderno Temático;

Ordem Dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação: Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa.

- Perme, C. & Chandrashekar, R. (2008). Managing the patient on mechanical ventilation in ICU: Early mobility and walking program. *Acute Care Perspectives*, 17 (1), 10-15.
- Perme, C. & Chandrashekar, R. (2009, February). Early mobility and walking program for patients in intensive care units: creating a standard of care. *American Journal of Critical Care*, 18 (3), 212-221.
- Rodolphe G. & Benjamin M., (1993). O Inquérito – Teoria e Prática. 2ª ed. Celta Editora, Lda. ISBN: 972-8027-13-3.
- Santos A., Oliveira, I. & Silveira, T., (2010, julho). Mobilização Precoce em UCI. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, Vol.2.
- Siegel, S. (1975). Estatística não paramétrica – Para as ciências do comportamento. (A. Farias, trad.). São Paulo: McGraw-Hill. (Obra original publicada em 1956).
- Skinner, E., Berney, S., Warrillow, S. & Denehy, L. (2008). Rehabilitation and exercise prescription in Australian intensive care units. *Physiotherapy*, 94(3), 220-229.
- Stiller, K., Phillips, A. & Lambert, P., (2004). The safety of mobilization and its effect on haemodynamic and respiratory status of intensive care patients. *Physiotherapy Theory and Practice*, 20, 175-185.
- Thomas, A. (2009). Exercise intervention in the critical care unit: what is the evidence?. *Physical Therapy Reviews*, 14(1), 50-59.
- Winkelman, C., Higgins, P., & Chen, Y. (2005). Activity in the chronically critically ill. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(6), 281-290.
- Wong, W. (2000, July). Physical therapy for a patient in acute respiratory failure. *Physical Therapy*, 80(7), 662-670.
- Yang, P., Wang, C., Wang, Y., Yang, C., Hung, J., Hwang, J., Wang, T., Chuang, I. & Huang, M. (2010, July). Outcome of physical therapy intervention on ventilator weaning and functional status. *The Kaohsiung Journal Of Medical Sciences*, 26(7), 366-372.
- Zanni, J. & Needham, D., (2010, May). Promoting early mobility and rehabilitation in the Intensive Care Unit. *PT in Motion*, 2(4), 32-38.

## **ANEXO I**

### **Pedido de autorização á autora do questionário para a utilização do questionário**

Hello Dr. Linda Denehy

I am Susana Correia and currently I am taking a master's in Rehabilitation Nursing, in ESEL, National Nursing School of Lisbon. I am doing my work in early mobilization in intensive care patients and I found your article online ("rehabilitation and exercise prescription in Australian intensive care units"), and found it very impressive.

I would like to know if by any chance I could have access to the questionnaire you used in your paper. I'm sending my email address and I am available to answer any questions regarding my request.

Greeting

Susana Correia

[susana.c.correia@hotmail.com](mailto:susana.c.correia@hotmail.com)

## **ANEXO II**

### **Resposta ao pedido de autorização para a utilização do questionário**

Subject: Re: paper work request  
From: l.denehy@unimelb.edu.au  
Date: Thu, 24 Mar 2011 23:14:23 +1100  
To: susana.c.correia@hotmail.com

Dear susana  
Sorry I will send the questionnaire to you by end this week  
Cheers

Regards Linda Denehy  
Sent from my iPhone

*Linda*

Linda Denehy PhD BAppSc(Physio)

Associate Professor and Head

Physiotherapy

Melbourne School of Health Sciences

The University of Melbourne, Parkville 3010

P: 03 83444171, F: 03 83444188

## **ANEXO III**

### **Instrumento de Colheita de Dados**



## **Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Exmº Sr. (a) Enfermeiro (a)

Este questionário é dirigido aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que trabalham numa Unidade de Cuidados Intensivos. Tem como objectivo identificar os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, quanto à mobilização precoce do doente internado numa U.C.I.

Ao preencher este questionário, não deixe qualquer pergunta por responder, pois isso invalidará o mesmo e por favor, não o assine para garantir o anonimato.

Este questionário é constituído por 21 perguntas, a maioria são fechadas, contendo também perguntas abertas. Cada pergunta poderá ter mais do que uma resposta, assinale as que mais se adequam.

A sua participação é de extrema importância, pelo que desde já agradeço a sua contribuição.

**Muito Obrigado!**

# Mobilização Precoce na UCI

## Questionário

### Secção 1

#### 1. Informação Hospitalar

Unidade de Cuidados Intensivos	Nº de Camas	
	Nº de Enfermeiros Espec. em Enfermagem de Reabilitação (ER)	

#### 2. Tipo de doentes admitidos na UCI

(assinale com X todos os que se verificarem)

Trauma		TCE	
Lesão Medular		Cirurgia Geral	
Patologia Respiratória		Patologia Ortopédica	
Patologia Médica		Patologia Neurológica	
Cirurgia Cardiorácica		Desmame Ventilatório	
Transplantados		Doentes Ventilados Crónicos	
Queimados		Cirurgia Vascular	
Oncologia		Patologia Infecciosa	
Outros (p.f. descreva):			

### Secção 2

#### 3. Informação do Enf.º Especialista em Enfermagem de Reabilitação (pela Ordem dos Enfermeiros).

(assinale com X)

Idade	≥ 25 e < 30 anos	
	≥ 30 e < 35 anos	
	≥ 35 e < 40 anos	
	≥ 40 anos	
Sexo	Fem.	

	Masc.	
Qual é o seu papel na UCI?	Enfº. Generalista	
	Enfº. Graduado	
	Enfº. Responsável	
	Enfº. Chefe	
	Outro (p.f. descreva):	
Que tempo de experiência possui em UCI?	< 1 ano	1 – 2 anos
	2 – 5 anos	> 5 anos
Possui formação para além da Especialização em ER?	Não	Se sim, qual?
	Sim	

## Secção 3

### 4. Prescrição de Mobilização Precoce na UCI

Costuma prescrever algum tipo de Mobilização para o doente internado na UCI (deve considerar a prescrição/planeamento e a execução dessas actividades)?  
(assinale com X)

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Se respondeu não, por favor passe para a **Secção 5**.

### 5. Que tipo de mobilizações **prescreve** e **executa** na UCI?

Numere por ordem decrescente, sendo 1 aquela que mais prescreve/executa (não precisa de numerar todas).

Exercícios no leito		Sentar na beira da cama		Plano inclinado	
Utilização de pesos		Subir/descer escadas/degraus		Mobilizações activas/ activas assistidas	
Sentar em cadeirão ou cadeira		Hidroterapia		Deambulação	
Passadeira		Pedais		Bicicleta	
Transferência cama/cadeirão ou cadeira		Outros (descreva):			

6. Em que circunstâncias é que está **indicada** a Mobilização na UCI? (*selecione a(as) que se adequa(m)*).

Todos os doentes da UCI		Doentes não ventilados		Doentes com internamento prolongado	
Outra (descreva):					

7. Em que circunstâncias acha que o exercício está **contra-indicado**? (*assinale com X a(as) que se adequa(m)*)

Presença de agentes inotrópicos		Presença de Ventilação Mecânica	
Presença de traqueostomia		Presença de Hemodiafiltração Venovenosa Contínua	
Presença de catéter de Swan-Ganz		SARA (Síndrome de Angústia Respiratória do Adulto)	
Doente sedado		Doente confuso	
Outro (descreva):			

Comentários:
--------------

8. Quem decide que o doente pode **iniciar** a Mobilização? (*Assinale com X apenas uma*)

Médico Assistente		Fisiatra		Enfermeiro Espec. Reab.	
Enfermeiro		Doente		Família	
Outro (descreva):					

9. Quais os factores que influenciam a tomada de decisão para **iniciar** a Mobilização? (*assinale com X a(as) que se adequa(m)*)

Prescrição médica		Intuição		Pronto para ter alta da UCI	
Modalidade ventilatória		SpO <sub>2</sub>		Teste de Mobilidade	

Tomada de decisão para a mobilização precoce

Ajuda necessária (na mobilização)		Frequência Cardíaca		Presença de inotrópicos	
Pressão Arterial		Presença de respiração espontânea		Avaliação da estabilidade do doente	
Presença de Cateteres Venosos/arteriais		Presença de catéter Swan-Ganz		Fadiga	
Nível de Ansiedade		Escala de Borg (mede a dificuldade respiratória)		VO2 max	
Gasimetria Arterial		Dor		FiO2	
Peso do doente		Disponibilidade de equipamento		Valores Laboratoriais	
Frequência respiratória		Disponibilidade dos profissionais		Preparação do doente	

10.Com que **frequência** é que os doentes são mobilizados? (Mobilizações prescritas ou executadas pelo Enfermeiro Espec. Reab. – assinale com X, apenas uma)

< Uma vez por dia		Uma vez por dia		Duas vezes por dia	
> Duas vezes por dia		De hora em hora		> de hora em hora	

11. Quem **executa** um programa de mobilização? (assinale com X a(as) que se adequa(m)).

Médico		Fisioterapeuta		Enfermeiro Esp. Reab.	
Enfermeiro		Doente		Família	
Outro (descreva):					

12. Que factores influenciam a tomada de decisão para a **frequência** da Mobilização (assinale com X a(as) que se adequa(m)).

Prescrição médica		Intuição		Pronto para ter alta da UCI	
Modalidade ventilatória		SpO <sub>2</sub>		Teste de Mobilidade	
Ajuda necessária (na mobilização)		Frequência Cardíaca		Presença de inotrópicos	
Pressão Arterial		Presença de respiração espontânea		Avaliação da estabilidade do doente	
Presença de Cateteres venosos/arteriais		Presença de catéter Swan-Ganz		Fadiga	
Nível de Ansiedade		Escala de Borg (mede a dificuldade		VO2 max	

Tomada de decisão para a mobilização precoce

		respiratória)			
Gasimetria Arterial		Dor		FiO2	
Peso do doente		Disponibilidade de equipamento		Valores Laboratoriais	
Frequência respiratória		Disponibilidade dos profissionais		Preparação do doente	
Evidência/ Literatura		Outros (descreva):			

13. Que factores influenciam a tomada de decisão acerca da **duração** das sessões de mobilização? (assinale com X a(as) que se adequa(m)).

Prescrição médica		Intuição		Pronto para ter alta da UCI	
Modalidade ventilatória		SpO <sub>2</sub>		Teste de Mobilidade	
Ajuda necessária (na mobilização)		Frequência Cardíaca		Presença de inotrópicos	
Pressão Arterial		Presença de respiração espontânea		Avaliação da estabilidade do doente	
Presença de Cateteres venosos/arteriais		Presença de catéter Swan-Ganz		Fadiga	
Nível de Ansiedade		Escala de BORG (mede a dificuldade respiratória)		VO2 max	
Gasimetria Arterial		Dor		FiO2	
Peso do doente		Disponibilidade de equipamento		Valores Laboratoriais	
Frequência respiratória		Disponibilidade dos profissionais		Resposta do doente	
Evidência/ Literatura		Outros (descreva):			

14. O que **monitoriza**, durante a mobilização do doente? (assinale com X a(as) que se adequa(m)).

Prescrição médica		Intuição		Pronto para ter alta da UCI	
Modalidade ventilatória		SpO <sub>2</sub>		Teste de Mobilidade	
Ajuda necessária (na mobilização)		Frequência Cardíaca		Presença de inotrópicos	

Pressão Arterial		Presença de respiração espontânea		Avaliação da estabilidade do doente	
Presença de Cateteres venosos/arteriais		Presença de catéter Swan-Ganz		Fadiga	
Nível de Ansiedade		Escala de BORG (mede a dificuldade respiratória)		VO2 max	
Gasimetria Arterial		Dor		FiO2	
Peso do doente		Disponibilidade de equipamento		Valores Laboratoriais	
Frequência respiratória		Disponibilidade dos profissionais		Aparência do doente	
Evidência/ Literatura		Outros (descreva):			

15. Que factores influenciam a avaliação da capacidade do doente para prosseguir com a mobilização? (numere por ordem decrescente, sendo o 1 aquele que mais influencia; não precisa de numerar todos)

Prescrição médica		Intuição		Pronto para ter alta da UCI	
Modalidade ventilatória		SpO <sub>2</sub>		Teste de Mobilidade	
Ajuda necessária (na mobilização)		Frequência Cardíaca		Presença de inotrópicos	
Pressão Arterial		Presença de respiração espontânea		Avaliação da estabilidade do doente	
Presença de Cateteres Venosos/arteriais		Presença de catéter Swan-Ganz		Fadiga	
Nível de Ansiedade		Escala de BORG (mede a dificuldade respiratória)		VO2 max	
Gasimetria Arterial		Dor		FiO2	
Peso do doente		Disponibilidade de equipamento		Valores Laboratoriais	
Frequência respiratória		Disponibilidade dos profissionais		Resposta do doente	
Evidência/ Literatura		Outros (descreva):			

16. Utiliza habitualmente instrumentos para avaliar os resultados obtidos com a mobilização na UCI?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Se sim, por favor especifique que instrumento é que utiliza:

--

## Secção 4

### Prescrição de Mobilização no doente ventilado internado, numa UCI

17. Acha que a mobilização deveria ser prescrita por rotina, ao doente que está na fase de desmame da ventilação mecânica?

Sim		Não	
-----	--	-----	--

18. Que tipo de mobilizações prescreve ou executa nos doentes que estão na fase de desmame da ventilação mecânica? (numere por ordem decrescente, sendo o 1 aquela que mais prescreve ou executa; não precisa de numerar todos)

Exercícios no leito		Sentar na beira da cama		Plano inclinado	
Utilização de pesos		Subir/descer escadas/degraus		Mobilizações activas/activas assistidas	
Sentar em cadeirão ou cadeira		Hidroterapia		Deambulação	
Passadeira		Pedais		Bicicleta	
Transferência cama/cadeirão ou cadeira		Outros (descreva):			



19. Quais são os objectivos da mobilização para estes doentes? (assinale com X a(as) que se adequa(m).)

Aumentar a resistência	<input type="checkbox"/>	Aumentar a funcionalidade	<input type="checkbox"/>	Aumentar a força muscular	<input type="checkbox"/>
Aumentar a amplitude dos movimentos	<input type="checkbox"/>	Outro (descreva):			<input type="checkbox"/>

20. Alteraria a sua prescrição ou execução de mobilização de um doente sob ventilação mecânica, comparativamente com um doente que **não** está mecanicamente ventilado?

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Por favor, especifique porquê e como:

Comentário:

## Secção 5

---

21. Se desejar fazer algum comentário adicional, por favor escreva aqui.

**Obrigado!**

## **ANEXO IV**

### **Pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao Centro Hospitalar de Lisboa Central**

À Direcção de Enfermagem  
do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.

Exma. Sra. Enf<sup>a</sup>. Ana Maria Mota Soares

Eu, Susana Maria Coelho Correia, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário, aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, a exercer funções nas seguintes Unidades de Cuidados Intensivos:

Hospital de São José

- Unidade Neuro-cirurgia;
- Unidade de Urgência Médica;
- Unidade de Tratamento Intensivo Cirúrgico;
- Unidade de Queimados.

Hospital de Santo António dos Capuchos

- Unidade de Cuidados Intensivos.

Hospital de Santa Marta

- U.C.I. Coronários;
- U.C.I. Cardiorrácicos;

A resposta a este questionário é de extrema importância no contexto da elaboração da minha tese de Mestrado, que tem como objectivo principal, identificar quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, quanto à mobilização precoce do doente internado numa U.C.I.

Na aplicação deste questionário é garantido o anonimato e a confidencialidade dos respondentes, assim como da respectiva instituição e os resultados do mesmo estarão disponíveis, caso seja solicitado.

Gostaria de efectuar a aplicação dos questionários durante os meses de Maio e Junho.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Atentamente

Susana Maria Coelho Correia

Email: [Susana.c.correia@hotmail.com](mailto:Susana.c.correia@hotmail.com)

Urb. Solar das Marinhas, Bloco 5 3ºB, 2625-079 Póvoa Santa Iria

Telm: 962550872

## **ANEXO V**

### **Pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental**

À Direcção de Enfermagem  
do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

Exma. Sra. Enf<sup>a</sup>. Fernanda Maria Rosa

Eu, Susana Maria Coelho Correia, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário, aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, a exercer funções nas seguintes Unidades de Cuidados Intensivos:

Hospital Egas Moniz

- U.C.I. Cirúrgicos;
- U.C.I. Polivalente.

Hospital de São Francisco Xavier

- U.C.I. Coronários;
- U.C.I. Médicos;
- U.C.I. Cirúrgicos;

Hospital de Santa Cruz

- U.C.I.

A resposta a este questionário é de extrema importância no contexto da elaboração da minha tese de Mestrado, que tem como objectivo principal, identificar quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, quanto à mobilização precoce do doente internado numa U.C.I.

Na aplicação deste questionário é garantido o anonimato e a confidencialidade dos respondentes, assim como da respectiva instituição e os resultados do mesmo estarão disponíveis, caso seja solicitado.

Gostaria de efectuar a aplicação dos questionários durante os meses de Maio e Junho.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Atentamente

Susana Maria Coelho Correia

Email: [Susana.c.correia@hotmail.com](mailto:Susana.c.correia@hotmail.com)

Urb. Solar das Marinhas, Bloco 5 3ºB, 2625-079 Póvoa Santa Iria

Telm: 962550872

## **ANEXO VI**

**Pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao Centro  
Hospitalar de Lisboa Norte**

À Direcção de Enfermagem  
do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

Exma. Sra. Enf<sup>a</sup>. Catarina Dores Santos Bатуca

Eu, Susana Maria Coelho Correia, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário, aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, a exercer funções nas seguintes Unidades de Cuidados Intensivos:

Hospital de Santa Maria

- U.C.I. Neurocirúrgicos;
- Unidade de Queimados;
- U.C.I. Cardíacos;
- U.C.I. Respiratórios;
- U.C.I. Polivalente.

Hospital Pulido Valente

- U.C.I. Médico-cirúrgicos;
- U.C.I. Pneumológicos;
- U.C.I. Coronários.

A resposta a este questionário é de extrema importância no contexto da elaboração da minha tese de Mestrado, que tem como objectivo principal, identificar quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, quanto à mobilização precoce do doente internado numa U.C.I.

Na aplicação deste questionário é garantido o anonimato e a confidencialidade dos respondentes, assim como da respectiva instituição e os resultados do mesmo estarão disponíveis, caso seja solicitado.

Gostaria de efectuar a aplicação dos questionários durante os meses de Maio e Junho.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Atentamente

Susana Maria Coelho Correia

Email: [Susana.c.correia@hotmail.com](mailto:Susana.c.correia@hotmail.com)

Urb. Solar das Marinhas, Bloco 5 3ºB, 2625-079 Póvoa Santa Iria

Telm: 962550872

## **ANEXO VII**

**Resposta ao pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental**





**Enf. Susana Maria Coelho Correia**  
Urbanização Solar das Marinhas,  
Bloco 5, 3º B  
2625-079 Póvoa de Santa Iria

S/ Referência	S/ Comunicação	N/ Referência	Data	Nº Páginas	Nº Anexos
		DE/335	07.09.2011	1	

Assunto: **Pedido de aplicação de questionário aos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação**

Em resposta ao v/ ofício em referência informamos que se autoriza a aplicação do questionário nos serviços referidos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Com os melhores cumprimentos

**FERNANDA ROSA**

*Enfermeira Directora*

Vogal Executivo do Conselho de Administração  
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE

## **ANEXO VIII**

**Resposta ao pedido de autorização para a aplicação dos questionários ao  
Centro Hospitalar de Lisboa Norte**

CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE  
SANTAMARIA



Hospital  
Pulido Valente

Exma Sr<sup>a</sup>  
Enf<sup>a</sup> Susana Maria Coelho Correia  
Urb Solar das Marinhas,  
Bloco 5 - 3º B  
2625-079 Póvoa Santa Iria

**ASSUNTO:** Autorização para aplicação de um questionário a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, a efectuar no âmbito da elaboração da tese de mestrado, do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicação de um questionário aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, a efectuar no âmbito da elaboração da tese de mestrado do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, cujo objectivo principal, é identificar quais os factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro, quanto à mobilização precoce do doente internado numa UCI, nos Serviços do CHLN-Pólo HSM: UCI Neurocirurgicos, Unidade Queimados, UCI Cardiologia, UCI Cardiorácica, UCI Gastrenterologia, UCI Pneumológicos, UCI Infecto, SM Intensiva e nos Serviços do CHLN-Pólo HPV: SMI/UCIP, Pneumologia/UCIR, UCIC-Cardiologia II.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 20 de Junho de 2011

A Enfermeira Directora

Catarina Baturo  
Enfermeira Directora

VAR

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

## **ANEXO IX**

### **Resultados obtidos do tratamento estatístico em SPSS**

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Idade dos Inquiridos

Idade				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>=30 e <35 anos	6	20,0	20,0
	>=35 e <40 anos	8	26,7	46,7
	>=40 anos	16	53,3	100,0
	Total	30	100,0	

Sexo dos inquiridos

Sexo				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	7	23,3	23,3
	Feminino	23	76,7	100,0
	Total	30	100,0	

Tempo de experiência e Idade

Ranks				
	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tempo de Experiência em UCI	Masculino	7	14,93	104,50
	Feminino	23	15,67	360,50
	Total	30		
Idade	Masculino	7	15,36	107,50
	Feminino	23	15,54	357,50
	Total	30		

Test Statistics<sup>a</sup>

	Tempo de Experiência em UCI	Idade
Mann-Whitney U	76,500	79,500
Wilcoxon W	104,500	107,500
Z	-,377	-,054
Asymp. Sig. (2-tailed)	,706	,957
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,848 <sup>b</sup>	,962 <sup>b</sup>

Papel dos inquiridos na UCI

Papel na UCI				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	generalista	1	3,3	3,3
	graduado	13	43,3	46,7
	especialista	6	20,0	66,7
	responsável	6	20,0	86,7
	chefe	4	13,3	100,0
	Total	30	100,0	

Tempo de experiência dos inquiridos

Tempo de Experiência em UCI				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 ano	1	3,3	3,3
	2-5 anos	2	6,7	10,0
	> 5 anos	27	90,0	100,0
	Total	30	100,0	

Formação para além da Especialidade de Reabilitação

Formação para além da Especialização em ER				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	71,4
	sim	8	26,7	100,0

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Test Statistics<sup>a</sup>

	Tempo de Experiência em UCI	Idade
Mann-Whitney U	54,000	59,500
Wilcoxon W	69,000	74,500
Z	-,909	-,184
Asymp. Sig. (2-tailed)	,364	,854
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,666 <sup>b</sup>	,872 <sup>b</sup>

Total	28	93,3	100,0
Missing	99	2	6,7
Total	30	100,0	

Costuma prescrever algum tipo de mobilização para o doente internado na UCI

Ranks

Costuma Prescrever algum tipo de mobilização	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tempo de Experiência em UCI			
não	5	13,80	69,00
sim	25	15,84	396,00
Total	30		
Idade			
não	5	14,90	74,50
sim	25	15,62	390,50
Total	30		

Que tipo de mobilizações prescreve ou executa na UCI

Prescreve e executa exercícios no leito

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	13	43,3	61,9	61,9
Valid 2	6	20,0	28,6	90,5
Valid 3	2	6,7	9,5	100,0
Total	21	70,0	100,0	
Missing	99	9	30,0	
Total	30	100,0		

Prescreve e executa Utilização de Pesos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	3,3	12,5	12,5
Valid 2	1	3,3	12,5	25,0
Valid 4	3	10,0	37,5	62,5
Valid 6	1	3,3	12,5	75,0
Valid 8	2	6,7	25,0	100,0
Total	8	26,7	100,0	
Missing	99	22	73,3	
Total	30	100,0		

Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	20,0	27,3	27,3

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

2	1	3,3	4,5	31,8
3	7	23,3	31,8	63,6
4	4	13,3	18,2	81,8
6	4	13,3	18,2	100,0
Total	22	73,3	100,0	
Missing 99	8	26,7		
Total	30	100,0		

### Prescreve e executa Passadeira

	Frequency	Percent
Missing 99	30	100,0

### Prescreve e executa Transferência cama/cadeirão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	4	13,3	23,5	23,5
2	1	3,3	5,9	29,4
3	1	3,3	5,9	35,3
4	6	20,0	35,3	70,6
5	5	16,7	29,4	100,0
Total	17	56,7	100,0	
Missing 99	13	43,3		
Total	30	100,0		

### Prescreve e executa Sentar na Beira da Cama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	10,0	16,7	16,7
3	6	20,0	33,3	50,0
4	4	13,3	22,2	72,2
5	2	6,7	11,1	83,3
6	3	10,0	16,7	100,0
Total	18	60,0	100,0	
Missing 99	12	40,0		
Total	30	100,0		

### Prescreve e executa Subir/descer escadas/degraus

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	3,3	33,3	33,3
5	1	3,3	33,3	66,7
8	1	3,3	33,3	100,0
Total	3	10,0	100,0	
Missing 99	27	90,0		
Total	30	100,0		

### Prescreve e executa Hidroterapia

	Frequency	Percent
Missing 99	30	100,0

### Prescreve e executa Pedais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	2	6,7	66,7	66,7
5	1	3,3	33,3	100,0
Total	3	10,0	100,0	
Missing 99	27	90,0		
Total	30	100,0		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Prescreve e executa Plano Inclinado**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	10,0	42,9	42,9
2	1	3,3	14,3	57,1
Valid 3	2	6,7	28,6	85,7
6	1	3,3	14,3	100,0
Total	7	23,3	100,0	
Missing 99	23	76,7		
Total	30	100,0		

**Prescreve e executa Mobilizações Activas/activas assistidas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	12	40,0	54,5	54,5
2	6	20,0	27,3	81,8
Valid 3	1	3,3	4,5	86,4
4	1	3,3	4,5	90,9
5	2	6,7	9,1	100,0
Total	22	73,3	100,0	
Missing 99	8	26,7		
Total	30	100,0		

**Prescreve e executa Deambulação**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	6,7	22,2	22,2
4	1	3,3	11,1	33,3
Valid 5	1	3,3	11,1	44,4
6	1	3,3	11,1	55,6
7	4	13,3	44,4	100,0
Total	9	30,0	100,0	
Missing 99	21	70,0		
Total	30	100,0		

**Prescreve e executa Bicicleta**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
4	1	3,3	50,0	50,0
Valid 6	1	3,3	50,0	100,0
Total	2	6,7	100,0	
Missing 99	28	93,3		
Total	30	100,0		

**Prescreve e executa Mobilização passiva**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	3,3	50,0	50,0
Valid 2	1	3,3	50,0	100,0
Total	2	6,7	100,0	
Missing 99	28	93,3		
Total	30	100,0		

**Prescreve e executa Bola Suiça**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	3,3	25,0	25,0
Valid 8	1	3,3	25,0	50,0
9	2	6,7	50,0	100,0
Total	4	13,3	100,0	
Missing 99	26	86,7		



## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Total	30	100,0	
-------	----	-------	--

**Prescreve e executa Outro tipo de Exercícios**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	1	3,3	33,3	33,3
Valid 1	1	3,3	33,3	66,7
9	1	3,3	33,3	100,0
Total	3	10,0	100,0	
Missing 99	27	90,0		
Total	30	100,0		

**Ranks**

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Prescreve e executa exercicios no leito	Masculino	7	10,29	72,00
	Feminino	14	11,36	159,00
	Total	21		
Prescreve e executa Utilização de Pesos	Masculino	2	5,00	10,00
	Feminino	6	4,33	26,00
	Total	8		
Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira	Masculino	6	6,58	39,50
	Feminino	16	13,34	213,50
	Total	22		
Prescreve e executa Tranferência cama/cadeirão	Masculino	5	6,70	33,50
	Feminino	12	9,96	119,50
	Total	17		
Prescreve e executa Sentar na Beira da Cama	Masculino	4	12,00	48,00
	Feminino	14	8,79	123,00
	Total	18		
Prescreve e executa Subir/descer escadas/degraus	Masculino	2	1,50	3,00
	Feminino	1	3,00	3,00
	Total	3		
Prescreve e executa Pedais	Masculino	0 <sup>a</sup>	,00	,00
	Feminino	3	2,00	6,00
	Total	3		
Prescreve e executa Plano Inclinado	Masculino	2	4,50	9,00
	Feminino	5	3,80	19,00
	Total	7		
Prescreve e executa Mobilizações Activas/activas assistidas	Masculino	7	10,86	76,00
	Feminino	15	11,80	177,00
	Total	22		
Prescreve e executa Deambulação	Masculino	2	3,25	6,50
	Feminino	7	5,50	38,50
	Total	9		
Prescreve e executa Bicicleta	Masculino	0 <sup>a</sup>	,00	,00
	Feminino	2	1,50	3,00
	Total	2		
Prescreve e executa Mobilização passiva	Masculino	0 <sup>a</sup>	,00	,00
	Feminino	2	1,50	3,00
	Total	2		

**Ranks**

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Prescreve e executa Bola Suíça	Masculino	0	,00	,00
	Feminino	4	2,50	10,00
	Total	4		
Prescreve e executa Outro tipo de Exercícios	Masculino	0	,00	,00
	Feminino	3	2,00	6,00
	Total	3		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	Prescreve e executa exercícios no leito	Prescreve e executa Utilização de Pesos	Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira	Prescreve e executaTranferência cama/cadeirão
Mann-Whitney U	44,000	5,000	18,500	18,500
Wilcoxon W	72,000	26,000	39,500	33,500
Z	-,434	-,344	-2,246	-1,264
Asymp. Sig. (2-tailed)	,665	,731	,025	,206
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,743 <sup>b</sup>	,857 <sup>b</sup>	,027 <sup>b</sup>	,234 <sup>b</sup>

### Ranks

Tempo de Experiência em UCI	N	Mean Rank
Prescreve e executa exercícios no leito	21	13,75
Prescreve e executa Utilização de Pesos	8	5,00
Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira	22	12,30
Prescreve e executaTranferência cama/cadeirão	17	9,40
Prescreve e executa Sentar na Beira da Cama	18	9,66
Prescreve e executa Subir/descer escadas/degraus	3 <sup>a</sup>	2,00
Prescreve e executa Pedais	3 <sup>a</sup>	2,00
Prescreve e executa Plano Inclinado	7	3,80
Prescreve e executa Mobilizações Activas/activas assistidas	22	11,55
Prescreve e executa Deambulação	9	5,44
Prescreve e executa Bicicleta	2 <sup>a</sup>	1,50
Prescreve e executa Mobilização passiva	2 <sup>a</sup>	1,50
Prescreve e executa Bola Suíça	4 <sup>a</sup>	2,50
Prescreve e executa Outro tipo de Exercícios	3	2,00

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Prescreve e executa exercícios no leito	Prescreve e executa Utilização de Pesos	Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira	Prescreve e executaTranferência cama/cadeirão	Prescreve e executa Sentar na Beira da Cama
Chi-Square	,587	2,481	3,562	,869	,131
df	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,444	,115	,059	,351	,718

### Ranks

PapelUci3A	N	Mean Rank
Prescreve e executa exercícios no leito	21	13,78
Prescreve e executa Utilização de Pesos	5	4,10
Prescreve e executa Utilização de Pesos	1	2,00
Prescreve e executa Utilização de Pesos	2	6,75

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	Total	8	
	generalista+graduado	9	12,67
Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira	especialista	6	11,58
	chefe+responsável	7	9,93
	Total	22	
	generalista+graduado	8	8,56
Prescreve e executa Tranferência cama/cadeirão	especialista	4	8,25
	chefe+responsável	5	10,30
	Total	17	
	generalista+graduado	9	10,06
Prescreve e executa Sentar na Beira da Cama	especialista	5	7,70
	chefe+responsável	4	10,50
	Total	18	
	especialista	1	1,00
Prescreve e executa Subir/descer escadas/degraus	chefe+responsável	2	2,50
	Total	3	
	generalista+graduado	2	2,25
Prescreve e executa Pedais	especialista	1	1,50
	Total	3	
	generalista+graduado	3	4,83
	especialista	1	2,00
Prescreve e executa Plano Inclinado	chefe+responsável	3	3,83
	Total	7	
	generalista+graduado	10	9,80
Prescreve e executa Mobilizações	especialista	6	15,75
Activas/activas assistidas	chefe+responsável	6	10,08
	Total	22	
	generalista+graduado	4	4,88
Prescreve e executa Deambulação	especialista	2	2,75

### Ranks

	PapelUci3A	N	Mean Rank
Prescreve e executa Deambulação	chefe+responsável	3	6,67
	Total	9	
	generalista+graduado	1	1,00
Prescreve e executa Bicicleta	especialista	1	2,00
	Total	2	
	generalista+graduado	1	1,00
Prescreve e executa Mobilização passiva	especialista	1	2,00
	Total	2	
	generalista+graduado	3	2,17
Prescreve e executa Bola Suiça	chefe+responsável	1	3,50
	Total	4	
	generalista+graduado	2	1,50
Prescreve e executa Outro tipo de Exercícios	chefe+responsável	1	3,00
	Total	3	

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Prescreve e executa exercícios no leito	Prescreve e executa Utilização de Pesos	Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira	Prescreve e executa Tranferência cama/cadeirão	Prescreve e executa Sentar na Beira da Cama
Chi-Square	5,811	3,044	,748	,521	,854
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,055	,218	,688	,771	,653

### Ranks

	Idade	N	Mean Rank
	>=30 e <35 anos	3	17,83
	>=35 e <40 anos	6	11,75
Prescreve e executa exercícios no leito	>=40 anos	12	8,92
	Total	21	
	>=30 e <35 anos	1	4,00
Prescreve e executa Utilização de Pesos	>=35 e <40 anos	4	3,63
	>=40 anos	3	5,83

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	Total	8	
	>=30 e <35 anos	3	10,33
Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira	>=35 e <40 anos	7	12,36
	>=40 anos	12	11,29
	Total	22	
	>=30 e <35 anos	1	9,50
Prescreve e executa Transferência cama/cadeirão	>=35 e <40 anos	8	7,69
	>=40 anos	8	10,25
	Total	17	
	>=30 e <35 anos	3	11,83
Prescreve e executa Sentar na Beira da Cama	>=35 e <40 anos	6	7,58
	>=40 anos	9	10,00
	Total	18	
Prescreve e executa Subir/descer escadas/degraus	>=40 anos	3	2,00
	Total	3 <sup>a</sup>	
	>=35 e <40 anos	1	3,00
Prescreve e executa Pedais	>=40 anos	2	1,50
	Total	3	
	>=30 e <35 anos	1	7,00
Prescreve e executa Plano Inclinado	>=35 e <40 anos	3	3,17
	>=40 anos	3	3,83
	Total	7	
	>=30 e <35 anos	3	9,50
Prescreve e executa Mobilizações Activas/activas assistidas	>=35 e <40 anos	7	10,79
	>=40 anos	12	12,42
	Total	22	
	>=35 e <40 anos	3	5,50
Prescreve e executa Deambulação	>=40 anos	6	4,75

### Ranks

	Idade	N	Mean Rank
Prescreve e executa Deambulação	Total	9	
	>=40 anos	2	1,50
Prescreve e executa Bicicleta	Total	2	
	>=35 e <40 anos	1	1,00
Prescreve e executa Mobilização passiva	>=40 anos	1	2,00
	Total	2	
	>=35 e <40 anos	3	2,17
Prescreve e executa Bola Suiça	>=40 anos	1	3,50
	Total	4	
	>=35 e <40 anos	2	1,50
Prescreve e executa Outro tipo de Exercícios	>=40 anos	1	3,00
	Total	3	

### Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Prescreve e executa exercícios no leito	Prescreve e executa Utilização de Pesos	Prescreve e executa Sentar em cadeirão ou cadeira	Prescreve e executa Transferência cama/cadeirão	Prescreve e executa Sentar na Beira da Cama
Chi-Square	6,861	1,532	,247	1,130	1,510
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,032	,465	,884	,568	,470

Em que circunstâncias está indicada a mobilização na UCI

### Statistics

	Indicação de Mobilização de todos os doentes	Indicação de Mobilização em doentes não ventilados	Indicação de Mobilização em doentes com Internamento Prolongado	Outra circunstância em que a mobilização está indicada
N Valid	25	25	25	25
Missing	5	5	5	5

### Indicação de Mobilização de todos os doentes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Valid	sim	25	83,3	100,0	100,0
Missing	System	5	16,7		
Total		30	100,0		

### Indicação de Mobilização em doentes não ventilados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
Valid	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	System	5	16,7		
Total		30	100,0		

### Indicação de Mobilização em doentes com Internamento Prolongado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	19	63,3	76,0	76,0
Valid	sim	6	20,0	24,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	System	5	16,7		
Total		30	100,0		

### Outra circunstância em que a mobilização está indicada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
Missing	System	5	16,7		
Total		30	100,0		

Em que circunstâncias acha que o exercício está contra-indicado?

### Contra-Indicação de Mobilização quando presença de inotrópicos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
Valid	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

### Contra-Indicação de Mobilização quando presença de traqueostomia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

### Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Cateter de Swan- Ganz

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
Valid	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

### Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Doente sedado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
Valid	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Ventilação Mecânica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Contra-Indicação de Mobilização quando presença de HDFVVC**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
	sim	5	16,7	20,0	100,0
Total		25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Sind. Dificuld. Respir. Adulto**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	15	50,0	60,0	60,0
	sim	10	33,3	40,0	100,0
Total		25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Doente Confuso**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	23	76,7	92,0	92,0
	sim	2	6,7	8,0	100,0
Total		25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Doente com Inst Hemodinâmica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	19	63,3	63,3	63,3
	sim	11	36,7	36,7	100,0
Total		30	100,0	100,0	

**Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Doente em Agitação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	27	90,0	90,0	90,0
	sim	3	10,0	10,0	100,0
Total		30	100,0	100,0	

**Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Doente com Dor**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	27	90,0	90,0	90,0
	sim	3	10,0	10,0	100,0
Total		30	100,0	100,0	

**Crosstab**

			Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Doente sedado		Total
			não	sim	
Papel na UCI	generalista	Count	0	1	1

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	graduado	Expected Count	1,0	,0	1,0
		% within Papel na UCI	0,0%	100,0%	100,0%
		Count	11	0	11
	especialista	Expected Count	10,6	,4	11,0
		% within Papel na UCI	100,0%	0,0%	100,0%
		Count	6	0	6
	responsável	Expected Count	5,8	,2	6,0
		% within Papel na UCI	100,0%	0,0%	100,0%
		Count	6	0	6
	chefe	Expected Count	5,8	,2	6,0
		% within Papel na UCI	100,0%	0,0%	100,0%
		Count	1	0	1
Total		Expected Count	1,0	,0	1,0
		% within Papel na UCI	100,0%	0,0%	100,0%
		Count	24	1	25
	Total	Expected Count	24,0	1,0	25,0
		% within Papel na UCI	96,0%	4,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,000 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	8,397	4	,078
Linear-by-Linear Association	3,375	1	,066
N of Valid Cases	25		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

### Ranks

	Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Doente sedado	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tempo de Experiência em UCI	não	24	13,48	323,50
	sim	1	1,50	1,50
	Total	25		
Idade	não	24	13,44	322,50
	sim	1	2,50	2,50
	Total	25		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	Tempo de Experiência em UCI	Idade
Mann-Whitney U	,500	1,500
Wilcoxon W	1,500	2,500
Z	-3,391	-1,604
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,109
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,080 <sup>b</sup>	,160 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Doente sedado

b. Not corrected for ties.

### Crosstab

			Contra-Indicação de Mobilização quando presença de Sind. Dificuld. Respir. Adulto		Total
			não	sim	
PapelUci3A	generalista+graduado	Count	10	2	12
		Expected Count	7,2	4,8	12,0
		% within PapelUci3A	83,3%	16,7%	100,0%
	especialista	Count	3	3	6
		Expected Count	3,0	3,0	6,0

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

chefe+responsável	Expected Count	3,6	2,4	6,0
	% within PapelUci3A	50,0%	50,0%	100,0%
	Count	2	5	7
	Expected Count	4,2	2,8	7,0
	% within PapelUci3A	28,6%	71,4%	100,0%
	Count	15	10	25
Total	Expected Count	15,0	10,0	25,0
	% within PapelUci3A	60,0%	40,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,853 <sup>a</sup>	2	,054
Likelihood Ratio	6,144	2	,046
Linear-by-Linear Association	5,556	1	,018
N of Valid Cases	25		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,40.

Quem decide que o doente pode iniciar a Mobilização?

### Quem decide iniciar Mobilização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid medico	3	10,0	12,0	12,0
Valid enfermeiro	4	13,3	16,0	28,0
Valid enfermeiro esp reab	15	50,0	60,0	88,0
Valid outro	3	10,0	12,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing System	5	16,7		
Total	30	100,0		

Quais os factores que influenciam a tomada de decisão para iniciar a Mobilização?

### Factor que influencia iniciar a mobilização - Precisão Médica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	18	60,0	72,0	72,0
Valid sim	7	23,3	28,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

### Factor que influencia iniciar a mobilização - Modalidade Ventilatória

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	17	56,7	68,0	68,0
Valid sim	8	26,7	32,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

### Factor que influencia iniciar a mobilização - Ajuda necessária

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	17	56,7	68,0	68,0
Valid sim	8	26,7	32,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		



## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Intuição**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	18	60,0	72,0	72,0
	sim	7	23,3	28,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - SpO2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	7	23,3	28,0	28,0
	sim	18	60,0	72,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Frequência Cardíaca**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	8	26,7	32,0	32,0
	sim	17	56,7	68,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Dte pronto para ter alta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Teste Mobilidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	18	60,0	72,0	72,0
	sim	7	23,3	28,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Presença de Inotrópicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	19	63,3	76,0	76,0
	sim	6	20,0	24,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Pressão Arterial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	5	16,7	20,0	20,0
	sim	20	66,7	80,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Total	30	100,0	
-------	----	-------	--

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Presença de Cateteres**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	25	83,3	100,0	100,0
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Nível de Ansiedade**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	18	60,0	72,0	72,0
Valid sim	7	23,3	28,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Peso do doente**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	22	73,3	88,0	88,0
Valid sim	3	10,0	12,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Frequência Respiratória**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	8	26,7	32,0	32,0
Valid sim	17	56,7	68,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Presença de Cateter Swan-Ganz**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	23	76,7	92,0	92,0
Valid sim	2	6,7	8,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Escala de Borg**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	15	50,0	60,0	60,0
Valid sim	10	33,3	40,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Dor**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	12	40,0	48,0	48,0
Valid sim	13	43,3	52,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Missing	99	5	16,7	
Total		30	100,0	

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Disponibilidade de equipamento**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	23	76,7	92,0	92,0
Valid	sim	2	6,7	8,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Estabilidade do dte**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	7	23,3	28,0	28,0
Valid	sim	18	60,0	72,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Fadiga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	9	30,0	36,0	36,0
Valid	sim	16	53,3	64,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - VO2 max**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	23	76,7	92,0	92,0
Valid	sim	2	6,7	8,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Fio2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	19	63,3	76,0	76,0
Valid	sim	6	20,0	24,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Valores Laboratoriais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	17	56,7	68,0	68,0
Valid	sim	8	26,7	32,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Disponibilidade de profissionais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	não	15	50,0	60,0	60,0
Valid	sim	10	33,3	40,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Presença Respiração Espontânea**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	21	70,0	84,0	84,0
Valid	sim	4	13,3	16,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Gasimetria Arterial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	11	36,7	44,0	44,0
Valid	sim	14	46,7	56,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia iniciar a mobilização - Preparação do doente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	19	63,3	76,0	76,0
Valid	sim	6	20,0	24,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Crosstab**

			Factor que influencia iniciar a mobilização - Nível de		Total
			Ansiedade		
			não	sim	
PapelUci3A	generalista+graduado	Count	10	2	12
		Expected Count	8,6	3,4	12,0
		% within PapelUci3A	83,3%	16,7%	100,0%
	especialista	Count	1	5	6
		Expected Count	4,3	1,7	6,0
		% within PapelUci3A	16,7%	83,3%	100,0%
	chefe+responsável	Count	7	0	7
		Expected Count	5,0	2,0	7,0
		% within PapelUci3A	100,0%	0,0%	100,0%
	Total	Count	18	7	25
		Expected Count	18,0	7,0	25,0
		% within PapelUci3A	72,0%	28,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,599 <sup>a</sup>	2	,002
Likelihood Ratio	13,427	2	,001
Linear-by-Linear Association	,095	1	,758
N of Valid Cases	25		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Crosstab

			Factor que influencia iniciar a mobilização - Disponibilidade de equipamento		Total
			não	sim	
PapeliUci3A	generalista+graduado	Count	12	0	12
		Expected Count	11,0	1,0	12,0
		% within PapeliUci3A	100,0%	0,0%	100,0%
	especialista	Count	4	2	6
		Expected Count	5,5	,5	6,0
		% within PapeliUci3A	66,7%	33,3%	100,0%
	chefe+responsável	Count	7	0	7
		Expected Count	6,4	,6	7,0
		% within PapeliUci3A	100,0%	0,0%	100,0%
	Total	Count	23	2	25
		Expected Count	23,0	2,0	25,0
		% within PapeliUci3A	92,0%	8,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,884 <sup>a</sup>	2	,032
Likelihood Ratio	6,300	2	,043
Linear-by-Linear Association	,116	1	,733
N of Valid Cases	25		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Crosstab

			Factor que influencia iniciar a mobilização - VO2 max		Total
			não	sim	
PapeliUci3A	generalista+graduado	Count	12	0	12
		Expected Count	11,0	1,0	12,0
		% within PapeliUci3A	100,0%	0,0%	100,0%
	especialista	Count	4	2	6
		Expected Count	5,5	,5	6,0
		% within PapeliUci3A	66,7%	33,3%	100,0%
	chefe+responsável	Count	7	0	7
		Expected Count	6,4	,6	7,0
		% within PapeliUci3A	100,0%	0,0%	100,0%
	Total	Count	23	2	25
		Expected Count	23,0	2,0	25,0
		% within PapeliUci3A	92,0%	8,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,884 <sup>a</sup>	2	,032
Likelihood Ratio	6,300	2	,043
Linear-by-Linear Association	,116	1	,733
N of Valid Cases	25		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,48.

Crosstab

			Factor que influencia iniciar a mobilização - Preparação do doente		Total
			não	sim	
Papeli na UCI	generalista	Count	1	0	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
		% within Papeli na UCI	100,0%	0,0%	100,0%

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	graduado	Count	10	1	11
		Expected Count	8,4	2,6	11,0
		% within Papel na UCI	90,9%	9,1%	100,0%
	especialista	Count	2	4	6
		Expected Count	4,6	1,4	6,0
		% within Papel na UCI	33,3%	66,7%	100,0%
	responsável	Count	5	1	6
		Expected Count	4,6	1,4	6,0
		% within Papel na UCI	83,3%	16,7%	100,0%
Total	chefe	Count	1	0	1
		Expected Count	,8	,2	1,0
		% within Papel na UCI	100,0%	0,0%	100,0%
		Count	19	6	25
	Total	Expected Count	19,0	6,0	25,0
		% within Papel na UCI	76,0%	24,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,137 <sup>a</sup>	4	,087
Likelihood Ratio	7,807	4	,099
Linear-by-Linear Association	,316	1	,574
N of Valid Cases	25		

a. 9 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.

### Crosstab

			Factor que influencia iniciar a mobilização - Presença		Total
			Respiração Espontânea		
			não	sim	
Sexo	Masculino	Count	4	3	7
		Expected Count	5,9	1,1	7,0
		% within Sexo	57,1%	42,9%	100,0%
	Feminino	Count	17	1	18
		Expected Count	15,1	2,9	18,0
		% within Sexo	94,4%	5,6%	100,0%
Total	Count	21	4	25	
	Expected Count	21,0	4,0	25,0	
	% within Sexo	84,0%	16,0%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,218 <sup>a</sup>	1	,022		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,811	1	,094		
Likelihood Ratio	4,699	1	,030		
Fisher's Exact Test				,053	,053
Linear-by-Linear Association	5,009	1	,025		
N of Valid Cases	25				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,12.

b. Computed only for a 2x2 table

### Crosstab

		Factor que influencia iniciar a mobilização - Presença		Total
		Respiração Espontânea		
		não	sim	
Formação para além da Especialização em ER	Count	15	1	16
	Expected Count	13,2	2,8	16,0

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	sim	% within Formação para além da Especialização em ER	93,8%	6,2%	100,0%
		Count	4	3	7
		Expected Count	5,8	1,2	7,0
		% within Formação para além da Especialização em ER	57,1%	42,9%	100,0%
		Count	19	4	23
		Expected Count	19,0	4,0	23,0
Total		% within Formação para além da Especialização em ER	82,6%	17,4%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,542 <sup>a</sup>	1	,033		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,351	1	,125		
Likelihood Ratio	4,212	1	,040		
Fisher's Exact Test				,067	,067
Linear-by-Linear Association	4,345	1	,037		
N of Valid Cases	23				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,22.

b. Computed only for a 2x2 table

### Crosstab

			Factor que influencia iniciar a mobilização - Disponibilidade de equipamento		Total
			não	sim	
Formação para além da Especialização em ER	não	Count	16	0	16
		Expected Count	14,6	1,4	16,0
		% within Formação para além da Especialização em ER	100,0%	0,0%	100,0%
	sim	Count	5	2	7
		Expected Count	6,4	,6	7,0
		% within Formação para além da Especialização em ER	71,4%	28,6%	100,0%
	Total	Count	21	2	23
		Expected Count	21,0	2,0	23,0
		% within Formação para além da Especialização em ER	91,3%	8,7%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,007 <sup>a</sup>	1	,025		
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,055	1	,152		
Likelihood Ratio	5,214	1	,022		
Fisher's Exact Test				,083	,083
Linear-by-Linear Association	4,789	1	,029		
N of Valid Cases	23				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,61.

b. Computed only for a 2x2 table

Quem executa um programa de mobilização na UCI?

### Quem executa um programa de Mobilização - Médico

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	25	83,3	100,0	100,0
Missing System	5	16,7		
Total	30	100,0		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Quem executa um programa de Mobilização - Enfermeiro**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	19	63,3	76,0	76,0
	sim	6	20,0	24,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	System	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Quem executa um programa de Mobilização - Fisioterapeuta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	8	26,7	32,0	32,0
	sim	17	56,7	68,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	System	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Quem executa um programa de Mobilização - Doente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	19	63,3	76,0	76,0
	sim	6	20,0	24,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	System	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Quem executa um programa de Mobilização - Enfermeiro Especialista Reabilitação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	1	3,3	4,0	4,0
	sim	24	80,0	96,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Quem executa um programa de Mobilização - Família**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
	99	5	16,7		
	Total	30	100,0		

**Quem executa um programa de Mobilização - Outro**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
	System	5	16,7		
	Total	30	100,0		

Que factores influenciam a tomada de decisão para a frequência da Mobilização?

**Factor que influencia frequência da mobilização - Precrição Médica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	22	73,3	88,0	88,0
	sim	3	10,0	12,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		



## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor que influencia frequência da mobilização - Modalidade Ventilatória**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	17	56,7	68,0	68,0
	sim	8	26,7	32,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Ajuda necessária**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	17	56,7	68,0	68,0
	sim	8	26,7	32,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Intuição**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	21	70,0	84,0	84,0
	sim	4	13,3	16,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - SpO2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	14	46,7	56,0	56,0
	sim	11	36,7	44,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Frequência Cardíaca**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	13	43,3	52,0	52,0
	sim	12	40,0	48,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Dte pronto para ter alta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	22	73,3	88,0	88,0
	sim	3	10,0	12,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Teste Mobilidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	21	70,0	84,0	84,0

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	sim	4	13,3	16,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Presença de Inotrópicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	24	80,0	96,0	96,0
Valid	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Pressão Arterial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	13	43,3	52,0	52,0
Valid	sim	12	40,0	48,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Presença de Cateteres**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	24	80,0	96,0	96,0
Valid	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Nível de Ansiedade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	18	60,0	72,0	72,0
Valid	sim	7	23,3	28,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Gasimetria Arterial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	13	43,3	52,0	52,0
Valid	sim	12	40,0	48,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Peso do doente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	22	73,3	88,0	88,0
Valid	sim	3	10,0	12,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Frequência Respiratória**

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	16	53,3	64,0	64,0
	sim	9	30,0	36,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Presença Respiração Espontânea**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	23	76,7	92,0	92,0
	sim	2	6,7	8,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Presença de Cateter Swan-Ganz**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	23	76,7	92,0	92,0
	sim	2	6,7	8,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Escala de Borg**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	14	46,7	56,0	56,0
	sim	11	36,7	44,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Dor**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	6	20,0	24,0	24,0
	sim	19	63,3	76,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Disponibilidade de equipamento**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Disponibilidade de profissionais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	10	33,3	40,0	40,0
	sim	15	50,0	60,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor que influencia frequência da mobilização - Estabilidade do dte**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	9	30,0	36,0	36,0
	sim	16	53,3	64,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Fadiga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	8	26,7	32,0	32,0
	sim	17	56,7	68,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - VO2 max**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	22	73,3	88,0	88,0
	sim	3	10,0	12,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Fio2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia frequência da mobilização - Valores Laboratoriais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	17	56,7	68,0	68,0
	sim	8	26,7	32,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Crosstab**

			Factor que influencia frequência da mobilização - Frequência Cardíaca		Total
			não	sim	
PapelUci3A	geralista+graduado	Count	9	3	12
		Expected Count	6,2	5,8	12,0
		% within PapelUci3A	75,0%	25,0%	100,0%
	especialista	Count	2	4	6
		Expected Count	3,1	2,9	6,0
		% within PapelUci3A	33,3%	66,7%	100,0%
	chefe+responsável	Count	2	5	7
		Expected Count	3,6	3,4	7,0

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	% within PapelUci3A	28,6%	71,4%	100,0%
	Count	13	12	25
Total	Expected Count	13,0	12,0	25,0
	% within PapelUci3A	52,0%	48,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,920 <sup>a</sup>	2	,085
Likelihood Ratio	5,107	2	,078
Linear-by-Linear Association	4,137	1	,042
N of Valid Cases	25		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,88.

### Crosstab

			Factor que influencia frequência da mobilização - Peso do doente		Total
			não	sim	
Papel na UCI	generalista	Count	1	0	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
		% within Papel na UCI	100,0%	0,0%	100,0%
	graduado	Count	10	1	11
		Expected Count	9,7	1,3	11,0
		% within Papel na UCI	90,9%	9,1%	100,0%
	especialista	Count	5	1	6
		Expected Count	5,3	,7	6,0
		% within Papel na UCI	83,3%	16,7%	100,0%
	responsável	Count	6	0	6
		Expected Count	5,3	,7	6,0
		% within Papel na UCI	100,0%	0,0%	100,0%
	chefe	Count	0	1	1
		Expected Count	,9	,1	1,0
		% within Papel na UCI	0,0%	100,0%	100,0%
	Total	Count	22	3	25
		Expected Count	22,0	3,0	25,0
		% within Papel na UCI	88,0%	12,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,500 <sup>a</sup>	4	,075
Likelihood Ratio	6,238	4	,182
Linear-by-Linear Association	,970	1	,325
N of Valid Cases	25		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

### Crosstab

			Factor que influencia frequência da mobilização - Nível de Ansiedade		Total
			não	sim	
PapelUci3A	generalista+graduado	Count	9	3	12
		Expected Count	8,6	3,4	12,0
		% within PapelUci3A	75,0%	25,0%	100,0%
	especialista	Count	2	4	6
		Expected Count	4,3	1,7	6,0
		% within PapelUci3A	33,3%	66,7%	100,0%
	chefe+responsável	Count	7	0	7

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Total	Expected Count	5,0	2,0	7,0
	% within PapelUci3A	100,0%	0,0%	100,0%
	Count	18	7	25
	Expected Count	18,0	7,0	25,0
	% within PapelUci3A	72,0%	28,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,226 <sup>a</sup>	2	,027
Likelihood Ratio	8,513	2	,014
Linear-by-Linear Association	,677	1	,411
N of Valid Cases	25		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.

### Ranks

	Factor que influencia frequência da mobilização - Frequência Cardíaca	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Idade	não	13	10,35	134,50
	sim	12	15,88	190,50
	Total	25		
Tempo de Experiência em UCI	não	13	13,04	169,50
	sim	12	12,96	155,50
	Total	25		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	Idade	Tempo de Experiência em UCI
Mann-Whitney U	43,500	77,500
Wilcoxon W	134,500	155,500
Z	-2,067	-,058
Asymp. Sig. (2-tailed)	,039	,954
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,060 <sup>b</sup>	,979 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Factor que influencia frequência da mobilização - Frequência Cardíaca

b. Not corrected for ties.

### Ranks

	Factor que influencia frequência da mobilização - Pressão Arterial	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Idade	não	13	9,08	118,00
	sim	12	17,25	207,00
	Total	25		
Tempo de Experiência em UCI	não	13	12,08	157,00
	sim	12	14,00	168,00
	Total	25		

### Test Statistics<sup>a</sup>

	Idade	Tempo de Experiência em UCI
Mann-Whitney U	27,000	66,000
Wilcoxon W	118,000	157,000
Z	-3,056	-1,388
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,165
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,005 <sup>b</sup>	,538 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Factor que influencia frequência da mobilização - Pressão Arterial

b. Not corrected for ties.

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Que factores influenciavam a tomada de decisão acerca da duração das sessões de mobilização?

**Factor que influencia duração da mobilização - Prescrição Médica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Modalidade Ventilatória**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Ajuda necessária**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Intuição**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - SpO2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	12	40,0	48,0	48,0
	sim	13	43,3	52,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Frequência Cardíaca**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	10	33,3	40,0	40,0
	sim	15	50,0	60,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Dte pronto para ter alta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	23	76,7	92,0	92,0
	sim	2	6,7	8,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor que influencia duração da mobilização - Teste Mobilidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Presença de Inotrópicos**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Pressão Arterial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	8	26,7	32,0	32,0
	sim	17	56,7	68,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Presença de Cateteres**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Nível de Ansiedade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	17	56,7	68,0	68,0
	sim	8	26,7	32,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Gasimetria Arterial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	16	53,3	64,0	64,0
	sim	9	30,0	36,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Peso do doente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		



## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor que influencia duração da mobilização - Frequência Respiratória**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	14	46,7	56,0	56,0
	sim	11	36,7	44,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Presença Respiração Espontânea**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Presença de Cateter Swan-Ganz**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Escala de Borg**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	17	56,7	68,0	68,0
	sim	8	26,7	32,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Dor**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	6	20,0	24,0	24,0
	sim	19	63,3	76,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Disponibilidade de equipamento**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	23	76,7	92,0	92,0
	sim	2	6,7	8,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Disponibilidade de profissionais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	16	53,3	64,0	64,0
	sim	9	30,0	36,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Missing	99	5	16,7	
Total		30	100,0	

**Factor que influencia duração da mobilização - Estabilidade do dte**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	8	26,7	32,0	32,0
Valid	sim	17	56,7	68,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Fadiga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	12	40,0	48,0	48,0
Valid	sim	13	43,3	52,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - VO2 max**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	24	80,0	96,0	96,0
Valid	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Fio2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	20	66,7	80,0	80,0
Valid	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Valores Laboratoriais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	20	66,7	80,0	80,0
Valid	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Resposta do doente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	não	10	33,3	40,0	40,0
Valid	sim	15	50,0	60,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que influencia duração da mobilização - Evidência /Literatura**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

sim	1	3,3	4,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7	
Total	30	100,0		

Factor que influencia duração da mobilização - Outro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
não	22	73,3	88,0	88,0
Valid sim	3	10,0	12,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing 99	5	16,7		
Total	30	100,0		

Crosstab

			Factor que influencia duração da mobilização - Nível de Ansiedade		Total
			não	sim	
generalista+graduado	Count		8	4	12
	Expected Count		8,2	3,8	12,0
	% within PapelUci3A		66,7%	33,3%	100,0%
PapelUci3A especialista	Count		2	4	6
	Expected Count		4,1	1,9	6,0
	% within PapelUci3A		33,3%	66,7%	100,0%
chefe+responsável	Count		7	0	7
	Expected Count		4,8	2,2	7,0
	% within PapelUci3A		100,0%	0,0%	100,0%
Total	Count		17	8	25
	Expected Count		17,0	8,0	25,0
	% within PapelUci3A		68,0%	32,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,618 <sup>a</sup>	2	,037
Likelihood Ratio	8,429	2	,015
Linear-by-Linear Association	1,412	1	,235
N of Valid Cases	25		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,92.

Crosstab

			Factor que influencia duração da mobilização - Frequência Cardíaca		Total
			não	sim	
generalista+graduado	Count		7	5	12
	Expected Count		4,8	7,2	12,0
	% within PapelUci3A		58,3%	41,7%	100,0%
PapelUci3A especialista	Count		3	3	6
	Expected Count		2,4	3,6	6,0
	% within PapelUci3A		50,0%	50,0%	100,0%
chefe+responsável	Count		0	7	7
	Expected Count		2,8	4,2	7,0
	% within PapelUci3A		0,0%	100,0%	100,0%
Total	Count		10	15	25
	Expected Count		10,0	15,0	25,0
	% within PapelUci3A		40,0%	60,0%	100,0%

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,597 <sup>a</sup>	2	,037
Likelihood Ratio	9,032	2	,011
Linear-by-Linear Association	5,556	1	,018
N of Valid Cases	25		

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,40.

**Crosstab**

			Factor que influencia duração da mobilização - SpO2		Total
			não	sim	
PapeliUci3A	generalista+graduado	Count	8	4	12
		Expected Count	5,8	6,2	12,0
		% within PapeliUci3A	66,7%	33,3%	100,0%
	especialista	Count	3	3	6
		Expected Count	2,9	3,1	6,0
		% within PapeliUci3A	50,0%	50,0%	100,0%
	chefe+responsável	Count	1	6	7
		Expected Count	3,4	3,6	7,0
		% within PapeliUci3A	14,3%	85,7%	100,0%
Total	Count	12	13	25	
	Expected Count	12,0	13,0	25,0	
	% within PapeliUci3A	48,0%	52,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,873 <sup>a</sup>	2	,087
Likelihood Ratio	5,282	2	,071
Linear-by-Linear Association	4,521	1	,033
N of Valid Cases	25		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,88.

**Crosstab**

			Factor que influencia duração da mobilização - Pressão Arterial		Total
			não	sim	
PapeliUci3A	generalista+graduado	Count	6	6	12
		Expected Count	3,8	8,2	12,0
		% within PapeliUci3A	50,0%	50,0%	100,0%
	especialista	Count	2	4	6
		Expected Count	1,9	4,1	6,0
		% within PapeliUci3A	33,3%	66,7%	100,0%
	chefe+responsável	Count	0	7	7
		Expected Count	2,2	4,8	7,0
		% within PapeliUci3A	0,0%	100,0%	100,0%
Total	Count	8	17	25	
	Expected Count	8,0	17,0	25,0	
	% within PapeliUci3A	32,0%	68,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,086 <sup>a</sup>	2	,079
Likelihood Ratio	7,070	2	,029
Linear-by-Linear Association	4,745	1	,029

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

N of Valid Cases	25
------------------	----

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,92.

**Crosstab**

		Factor que influencia duração da mobilização - Escala de Borg		Total
		não	sim	
Formação para além da Especialização em ER	Count	8	8	16
	Expected Count	10,4	5,6	16,0
	% within Formação para além da Especialização em ER	50,0%	50,0%	100,0%
	Count	7	0	7
	Expected Count	4,6	2,4	7,0
	% within Formação para além da Especialização em ER	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	15	8	23
	Expected Count	15,0	8,0	23,0
	% within Formação para além da Especialização em ER	65,2%	34,8%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,367 <sup>a</sup>	1	,021		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,389	1	,066		
Likelihood Ratio	7,539	1	,006		
Fisher's Exact Test				,052	,026
Linear-by-Linear Association	5,133	1	,023		
N of Valid Cases	23				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,43.

b. Computed only for a 2x2 table

**Ranks**

	Factor que influencia duração da mobilização - Pressão Arterial	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Idade	não	8	8,88	71,00
	sim	17	14,94	254,00
	Total	25		
Tempo de Experiência em UCI	não	8	12,44	99,50
	sim	17	13,26	225,50
	Total	25		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	Idade	Tempo de Experiência em UCI
Mann-Whitney U	35,000	63,500
Wilcoxon W	71,000	99,500
Z	-2,118	-,557
Asymp. Sig. (2-tailed)	,034	,577
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,057 <sup>b</sup>	,798 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: Factor que influencia duração da mobilização - Pressão Arterial

b. Not corrected for ties.

O que monitoriza durante a mobilização do doente?

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Precisão Médica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	23	76,7	92,0	92,0
	sim	2	6,7	8,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Modalidade Ventilatória**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	13	43,3	52,0	52,0
	sim	12	40,0	48,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Ajuda necessária**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	17	56,7	68,0	68,0
	sim	8	26,7	32,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Intuição**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
	sim	5	16,7		
	Total	30	100,0		
Missing	99				

**Factor que monitoriza durante a mobilização - SpO2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	2	6,7	8,0	8,0
	sim	23	76,7	92,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Frequência Cardíaca**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	1	3,3	4,0	4,0
	sim	24	80,0	96,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Dte pronto para ter alta**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
	sim	5	16,7		
	Total	30	100,0		
Missing	99				

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Teste Mobilidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Presença de Inotrópicos**

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	22	73,3	88,0	88,0
	sim	3	10,0	12,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Pressão Arterial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	4	13,3	16,0	16,0
	sim	21	70,0	84,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Presença de Cateteres**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Nivel de Ansiedade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	11	36,7	44,0	44,0
	sim	14	46,7	56,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Gasimetria Arterial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	16	53,3	64,0	64,0
	sim	9	30,0	36,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Peso do doente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Frequência Respiratória**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	5	16,7	20,0	20,0
	sim	20	66,7	80,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Presença Respiração Espontânea**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Presença Respiração Espontânea**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	20	66,7	80,0	80,0
	sim	5	16,7	20,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Presença de Cateter Swan-Ganz**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Escala de Borg**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	17	56,7	68,0	68,0
	sim	8	26,7	32,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Dor**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	5	16,7	20,0	20,0
	sim	20	66,7	80,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Disponibilidade de equipamento**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	22	73,3	88,0	88,0
	sim	3	10,0	12,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Disponibilidade de profissionais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	23	76,7	92,0	92,0
	sim	2	6,7	8,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Estabilidade do dte**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	10	33,3	40,0	40,0
	sim	15	50,0	60,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Fadiga**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	6	20,0	24,0	24,0
	sim	19	63,3	76,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - VO2 max**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------



## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Valid	não	22	73,3	88,0	88,0
	sim	3	10,0	12,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Fio2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	15	50,0	60,0	60,0
	sim	10	33,3	40,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Valores Laboratoriais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	21	70,0	84,0	84,0
	sim	4	13,3	16,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Aparência do doente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	10	33,3	40,0	40,0
	sim	15	50,0	60,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Evidência /Literatura**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	25	83,3	100,0	100,0
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Factor que monitoriza durante a mobilização - Outro**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	24	80,0	96,0	96,0
	sim	1	3,3	4,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

**Crosstab**

			Factor que monitoriza durante a mobilização - Dor		Total
			não	sim	
PapelUci3A	generalista+graduado	Count	5	7	12
		Expected Count	2,4	9,6	12,0
	especialista	Count	0	6	6
		Expected Count	1,2	4,8	6,0
	chefe+responsável	Count	0	7	7
		Expected Count	1,4	5,6	7,0
Total	Count	5	20	25	
	Expected Count	5,0	20,0	25,0	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,771 <sup>a</sup>	2	,034
Likelihood Ratio	8,719	2	,013
Linear-by-Linear Association	5,333	1	,021
N of Valid Cases	25		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,20.

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Crosstab**

			Factor que monitoriza durante a mobilização - Gasimetria Arterial		Total
			não	sim	
Formação para além da Especialização em ER	não	Count	13	3	16
		Expected Count	10,4	5,6	16,0
	sim	Count	2	5	7
		Expected Count	4,6	2,4	7,0
Total		Count	15	8	23
		Expected Count	15,0	8,0	23,0

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,957 <sup>a</sup>	1	,015		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,861	1	,049		
Likelihood Ratio	5,902	1	,015		
Fisher's Exact Test				,026	,026
Linear-by-Linear Association	5,698	1	,017		
N of Valid Cases	23				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,43.

b. Computed only for a 2x2 table

**Ranks**

Factor que monitoriza durante a mobilização - Pressão Arterial		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Idade	não	4	7,00	28,00
	sim	21	14,14	297,00
	Total	25		
Tempo de Experiência em UCI	não	4	7,75	31,00
	sim	21	14,00	294,00
	Total	25		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Idade	Tempo de Experiência em UCI
Mann-Whitney U	18,000	21,000
Wilcoxon W	28,000	31,000
Z	-1,960	-3,310
Asymp. Sig. (2-tailed)	,050	,001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,081 <sup>a</sup>	,132 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Factor que monitoriza durante a mobilização - Pressão Arterial

**Ranks**

Factor que monitoriza durante a mobilização - Escala de Borg		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Idade	não	17	14,94	254,00
	sim	8	8,88	71,00
	Total	25		
Tempo de Experiência em UCI	não	17	13,26	225,50
	sim	8	12,44	99,50
	Total	25		

**Test Statistics<sup>b</sup>**

	Idade	Tempo de Experiência em UCI
Mann-Whitney U	35,000	63,500
Wilcoxon W	71,000	99,500
Z	-2,118	-,557

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Asymp. Sig. (2-tailed)	,034	,577
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,057 <sup>a</sup>	,798 <sup>a</sup>

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Factor que monitoriza durante a mobilização - Escala de Borg

Factores que influenciam a tomada de decisão para prosseguir com a mobilização?

### Factor para prosseguir com a mobilização - Prescrição Médica

	Frequency	Percent
99	4	13,3
Missing System	26	86,7
Total	30	100,0

### Factor para prosseguir com a mobilização - Modalidade Ventilatória

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	4	13,3	80,0	80,0
Valid 4	1	3,3	20,0	100,0
Total	5	16,7	100,0	
99	4	13,3		
Missing System	21	70,0		
Total	25	83,3		
Total	30	100,0		

### Factor para prosseguir com a mobilização - Ajuda necessária

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	10,0	75,0	75,0
Valid 3	1	3,3	25,0	100,0
Total	4	13,3	100,0	
99	4	13,3		
Missing System	22	73,3		
Total	26	86,7		
Total	30	100,0		

### Factor para prosseguir com a mobilização - Intuição

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	3,3	100,0	100,0
99	4	13,3		
Missing System	25	83,3		
Total	29	96,7		
Total	30	100,0		

### Factor para prosseguir com a mobilização - SpO2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	5	16,7	33,3	33,3
2	2	6,7	13,3	46,7
3	2	6,7	13,3	60,0
Valid 4	3	10,0	20,0	80,0
5	1	3,3	6,7	86,7
7	1	3,3	6,7	93,3
9	1	3,3	6,7	100,0
Total	15	50,0	100,0	
99	4	13,3		
Missing System	11	36,7		
Total	15	50,0		
Total	30	100,0		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor para prosseguir com a mobilização - Frequência Cardíaca**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	20,0	40,0	40,0
2	4	13,3	26,7	66,7
3	2	6,7	13,3	80,0
4	1	3,3	6,7	86,7
5	2	6,7	13,3	100,0
Total	15	50,0	100,0	
Missing 99	4	13,3		
System	11	36,7		
Total	15	50,0		
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Dte pronto para ter alta**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	3,3	50,0	50,0
5	1	3,3	50,0	100,0
Total	2	6,7	100,0	
Missing 99	4	13,3		
System	24	80,0		
Total	28	93,3		
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Teste Mobilidade**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	1	3,3	100,0	100,0
Missing 99	4	13,3		
System	25	83,3		
Total	29	96,7		
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Presença de Inotrópicos**

	Frequency	Percent
Missing 99	4	13,3
System	26	86,7
Total	30	100,0

**Factor para prosseguir com a mobilização - Pressão Arterial**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	13,3	33,3	33,3
3	2	6,7	16,7	50,0
4	3	10,0	25,0	75,0
5	2	6,7	16,7	91,7
6	1	3,3	8,3	100,0
Total	12	40,0	100,0	
Missing 99	4	13,3		
System	14	46,7		
Total	18	60,0		
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Presença de Cateteres**

	Frequency	Percent
Missing 99	4	13,3
System	26	86,7
Total	30	100,0

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor para prosseguir com a mobilização - Nível de Ansiedade**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	10,0	27,3	27,3
3	2	6,7	18,2	45,5
4	2	6,7	18,2	63,6
5	2	6,7	18,2	81,8
9	1	3,3	9,1	90,9
10	1	3,3	9,1	100,0
Total	11	36,7	100,0	
Missing 99	4	13,3		
System	15	50,0		
Total	19	63,3		
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Gasimetria Arterial**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	10,0	50,0	50,0
5	1	3,3	16,7	66,7
8	2	6,7	33,3	100,0
Total	6	20,0	100,0	
99	4	13,3		
Missing System	20	66,7		
Total	24	80,0		
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Peso do doente**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 5	1	3,3	100,0	100,0
99	4	13,3		
Missing System	25	83,3		
Total	29	96,7		
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Frequência Respiratória**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	13,3	36,4	36,4
3	3	10,0	27,3	63,6
5	1	3,3	9,1	72,7
6	2	6,7	18,2	90,9
7	1	3,3	9,1	100,0
Total	11	36,7	100,0	
99	4	13,3		
Missing System	15	50,0		
Total	19	63,3		
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Presença Respiração Espontânea**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	10,0	100,0	100,0
99	4	13,3		
Missing System	23	76,7		
Total	27	90,0		
Total	30	100,0		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

### Factor para prosseguir com a mobilização - Presença de Cateter

#### Swan-Ganz

	Frequency	Percent
99	4	13,3
Missing System	26	86,7
Total	30	100,0

### Factor para prosseguir com a mobilização - Escala de Borg

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	6,7	40,0	40,0
Valid 2	2	6,7	40,0	80,0
Valid 4	1	3,3	20,0	100,0
Total	5	16,7	100,0	
99	4	13,3		
Missing System	21	70,0		
Total	25	83,3		
Total	30	100,0		

### Factor para prosseguir com a mobilização - Dor

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	7	23,3	41,2	41,2
Valid 2	1	3,3	5,9	47,1
Valid 3	4	13,3	23,5	70,6
Valid 4	3	10,0	17,6	88,2
Valid 6	2	6,7	11,8	100,0
Total	17	56,7	100,0	
99	4	13,3		
Missing System	9	30,0		
Total	13	43,3		
Total	30	100,0		

### Factor para prosseguir com a mobilização - Disponibilidade de equipamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7	1	3,3	100,0	100,0
99	4	13,3		
Missing System	25	83,3		
Total	29	96,7		
Total	30	100,0		

### Factor para prosseguir com a mobilização - Disponibilidade de profissionais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6	1	3,3	100,0	100,0
99	4	13,3		
Missing System	25	83,3		
Total	29	96,7		
Total	30	100,0		

### Factor para prosseguir com a mobilização - Estabilidade do dte

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	30,0	69,2	69,2
Valid 2	1	3,3	7,7	76,9
Valid 4	1	3,3	7,7	84,6
Valid 6	1	3,3	7,7	92,3
Valid 7	1	3,3	7,7	100,0
Total	13	43,3	100,0	

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

99	4	13,3		
Missing	System	13	43,3	
	Total	17	56,7	
Total		30	100,0	

**Factor para prosseguir com a mobilização - Fadiga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	16,7	38,5	38,5
2	5	16,7	38,5	76,9
3	1	3,3	7,7	84,6
7	1	3,3	7,7	92,3
8	1	3,3	7,7	100,0
Total	13	43,3	100,0	
99	4	13,3		
Missing	System	13	43,3	
	Total	17	56,7	
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - VO2 max**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	2	6,7	100,0	100,0
99	4	13,3		
Missing	System	24	80,0	
	Total	28	93,3	
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Fio2**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	13,3	80,0	80,0
4	1	3,3	20,0	100,0
Total	5	16,7	100,0	
99	4	13,3		
Missing	System	21	70,0	
	Total	25	83,3	
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Valores Laboratoriais**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	3	10,0	100,0	100,0
99	4	13,3		
Missing	System	23	76,7	
	Total	27	90,0	
Total	30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Resposta do doente**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	20,0	42,9	42,9
2	1	3,3	7,1	50,0
5	3	10,0	21,4	71,4
6	2	6,7	14,3	85,7
8	2	6,7	14,3	100,0
Total	14	46,7	100,0	
99	4	13,3		
Missing	System	12	40,0	
	Total	16	53,3	
Total	30	100,0		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

**Factor para prosseguir com a mobilização - Evidência /Literatura**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	3,3	100,0	100,0
	99	4	13,3		
Missing	System	25	83,3		
	Total	29	96,7		
Total		30	100,0		

**Factor para prosseguir com a mobilização - Outro**

		Frequency	Percent
	99	4	13,3
Missing	System	26	86,7
	Total	30	100,0

**Paired Samples Test**

		Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
		95% Confidence Interval of the Difference			
		Upper			
Pair 1	Soma9 - Soma12	3,17122	1,717	24	,099
Pair 2	Soma9 - Soma13	3,94461	2,211	24	,037
Pair 3	Soma9 - Soma14	1,49751	-,325	24	,748
Pair 4	Soma9 - Soma15	3,75300	2,262	20	,035
Pair 5	Soma12 - Soma13	2,76464	,572	24	,573
Pair 6	Soma12 - Soma14	,36280	-1,704	24	,101
Pair 7	Soma12 - Soma15	2,48743	,691	20	,497
Pair 8	Soma13 - Soma14	-,34857	-2,429	24	,023
Pair 9	Soma13 - Soma15	2,23520	,142	20	,888
Pair 10	Soma14 - Soma15	4,14102	2,343	20	,030

Utiliza habitualmente instrumentos para avaliar os resultados obtidos com a mobilização na UCI?

**Instrumentos para avaliação de resultados**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	16	53,3	64,0	64,0
	sim	9	30,0	36,0	100,0
	Total	25	83,3	100,0	
Missing	99	5	16,7		
Total		30	100,0		

Mobilização prescrita por rotina ao doente em fase de desmame ventilatório

**Mobilização prescrita por rotina no dte em desmame da Ventilação Mecânica**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	8	26,7	33,3	33,3
	sim	16	53,3	66,7	100,0
	Total	24	80,0	100,0	
Missing	99	6	20,0		
Total		30	100,0		

Que tipo de mobilizações prescreve ou executa nos doentes que estão em fase de desmame da ventilação mecânica?

**Mobil que prescreve no desmame - exercicio no leito**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	13	43,3	59,1	59,1
Valid	2	8	26,7	36,4	95,5
	4	1	3,3	4,5	100,0
	Total	22	73,3	100,0	



## Tomada de decisão para a mobilização precoce

99	1	3,3		
Missing	System	7	23,3	
	Total	8	26,7	
Total		30	100,0	

**Mobil que prescreve no desmame - utilização pesos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	6,7	40,0	40,0
Valid 3	3	10,0	60,0	100,0
Total	5	16,7	100,0	
99	1	3,3		
Missing	System	24	80,0	
Total	25	83,3		
Total	30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - sentar no cadeirão**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	6	20,0	37,5	37,5
2	1	3,3	6,3	43,8
3	4	13,3	25,0	68,8
Valid 4	1	3,3	6,3	75,0
5	2	6,7	12,5	87,5
6	2	6,7	12,5	100,0
Total	16	53,3	100,0	
99	1	3,3		
Missing	System	13	43,3	
Total	14	46,7		
Total	30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - passadeira**

	Frequency	Percent
99	1	3,3
Missing System	29	96,7
Total	30	100,0

**Mobil que prescreve no desmame - transferência para cadeirão**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	10,0	33,3	33,3
3	1	3,3	11,1	44,4
Valid 4	3	10,0	33,3	77,8
5	2	6,7	22,2	100,0
Total	9	30,0	100,0	
99	1	3,3		
Missing	System	20	66,7	
Total	21	70,0		
Total	30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - sentar na cama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	4	13,3	36,4	36,4
3	2	6,7	18,2	54,5
Valid 4	5	16,7	45,5	100,0
Total	11	36,7	100,0	
99	1	3,3		
Missing	System	18	60,0	
Total	19	63,3		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Total	30	100,0		
-------	----	-------	--	--

**Mobil que prescreve no desmame - subir/descer escadas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	3,3	100,0	100,0
	99	1	3,3		
Missing	System	28	93,3		
	Total	29	96,7		
Total		30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - hidroterapia**

		Frequency	Percent
	99	1	3,3
Missing	System	29	96,7
	Total	30	100,0

**Mobil que prescreve no desmame - pedais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	2	6,7	66,7	66,7
Valid	3	1	3,3	33,3	100,0
	Total	3	10,0	100,0	
	99	1	3,3		
Missing	System	26	86,7		
	Total	27	90,0		
Total		30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - plano inclinado**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	1	3,3	20,0	20,0
Valid	2	1	3,3	20,0	40,0
	3	3	10,0	60,0	100,0
	Total	5	16,7	100,0	
	99	1	3,3		
Missing	System	24	80,0		
	Total	25	83,3		
Total		30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - mobilizações activas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	14	46,7	60,9	60,9
	2	5	16,7	21,7	82,6
Valid	3	1	3,3	4,3	87,0
	4	1	3,3	4,3	91,3
	5	2	6,7	8,7	100,0
	Total	23	76,7	100,0	
	99	1	3,3		
Missing	System	6	20,0		
	Total	7	23,3		
Total		30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - deambulação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	1	3,3	100,0	100,0
	99	1	3,3		
Missing	System	28	93,3		

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Total	29	96,7		
Total	30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - bicicleta**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	3,3	100,0	100,0
99	1	3,3		
Missing System	28	93,3		
Total	29	96,7		
Total	30	100,0		

**Mobil que prescreve no desmame - outro**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	3,3	25,0	25,0
2	2	6,7	50,0	75,0
6	1	3,3	25,0	100,0
Total	4	13,3	100,0	
99	1	3,3		
Missing System	25	83,3		
Total	26	86,7		
Total	30	100,0		

**Ranks**

	Idade	N	Mean Rank
Mobilização prescrita por rotina no dte em desmame da Ventilação Mecânica	>=30 e <35 anos	3	12,50
	>=35 e <40 anos	8	13,50
	>=40 anos	13	11,88
	Total	24	
Mobil que prescreve no desmame - exercício no leito	>=30 e <35 anos	4	16,00
	>=35 e <40 anos	7	11,50
	>=40 anos	11	9,86
	Total	22	
Mobil que prescreve no desmame - utilização pesos	>=30 e <35 anos	1	4,00
	>=35 e <40 anos	4	2,75
	Total	5	
Mobil que prescreve no desmame - sentar no cadeirão	>=30 e <35 anos	2	3,50
	>=35 e <40 anos	4	12,63
	>=40 anos	10	7,85
	Total	16	
Mobil que prescreve no desmame - transferência para cadeirão	>=30 e <35 anos	1	2,00
	>=35 e <40 anos	3	6,83
	>=40 anos	5	4,50
	Total	9	
Mobil que prescreve no desmame - sentar na cama	>=30 e <35 anos	1	2,50
	>=35 e <40 anos	2	7,25
	>=40 anos	8	6,13
	Total	11	
Mobil que prescreve no desmame - pedais	>=30 e <35 anos	1	1,50
	>=40 anos	2	2,25
	Total	3	
Mobil que prescreve no desmame - plano inclinado	>=30 e <35 anos	1	2,00
	>=35 e <40 anos	3	3,00
	>=40 anos	1	4,00
	Total	5	
Mobil que prescreve no desmame - mobilizações activas	>=30 e <35 anos	4	10,63
	>=35 e <40 anos	7	12,36
	>=40 anos	12	12,25

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

	Total	23	
Mobil que prescreve no desmame - outro	>=35 e <40 anos	3	2,50
	>=40 anos	1	2,50
	Total	4	

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	Mobilização prescrita por rotina no dte em desmame da Ventilação Mecânica	Mobil que prescreve no desmame - exercício no leito	Mobil que prescreve no desmame - utilização pesos	Mobil que prescreve no desmame - sentar no cadeirão	Mobil que prescreve no desmame - transferência para cadeirão
Chi-Square	,387	3,506	,667	5,796	2,931
df	2	2	1	2	2
Asymp. Sig.	,824	,173	,414	,055	,231

Quais são os objectivos da mobilização para estes doentes

### Objectivo da Mobilização no dte ventilado - Aumentar Resistência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
não	4	13,3	16,0	16,0
Valid sim	21	70,0	84,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing System	5	16,7		
Total	30	100,0		

### Objectivo da Mobilização no dte ventilado - Aumentar Amplitude Movimentos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
não	6	20,0	24,0	24,0
Valid sim	19	63,3	76,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing System	5	16,7		
Total	30	100,0		

### Objectivo da Mobilização no dte ventilado - Aumentar Funcionalidade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
não	8	26,7	32,0	32,0
Valid sim	17	56,7	68,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing System	5	16,7		
Total	30	100,0		

### Objectivo da Mobilização no dte ventilado - Aumentar Força Muscular

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
não	3	10,0	12,0	12,0
Valid sim	22	73,3	88,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing System	5	16,7		
Total	30	100,0		

### Objectivo da Mobilização no dte ventilado - Outro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
não	21	70,0	84,0	84,0
Valid sim	4	13,3	16,0	100,0
Total	25	83,3	100,0	
Missing System	5	16,7		
Total	30	100,0		

Alteraria a sua prescrição ou execução de mobilização de um doente sob ventilação mecânica, comparativamente com um doente que não está mecanicamente ventilado?

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

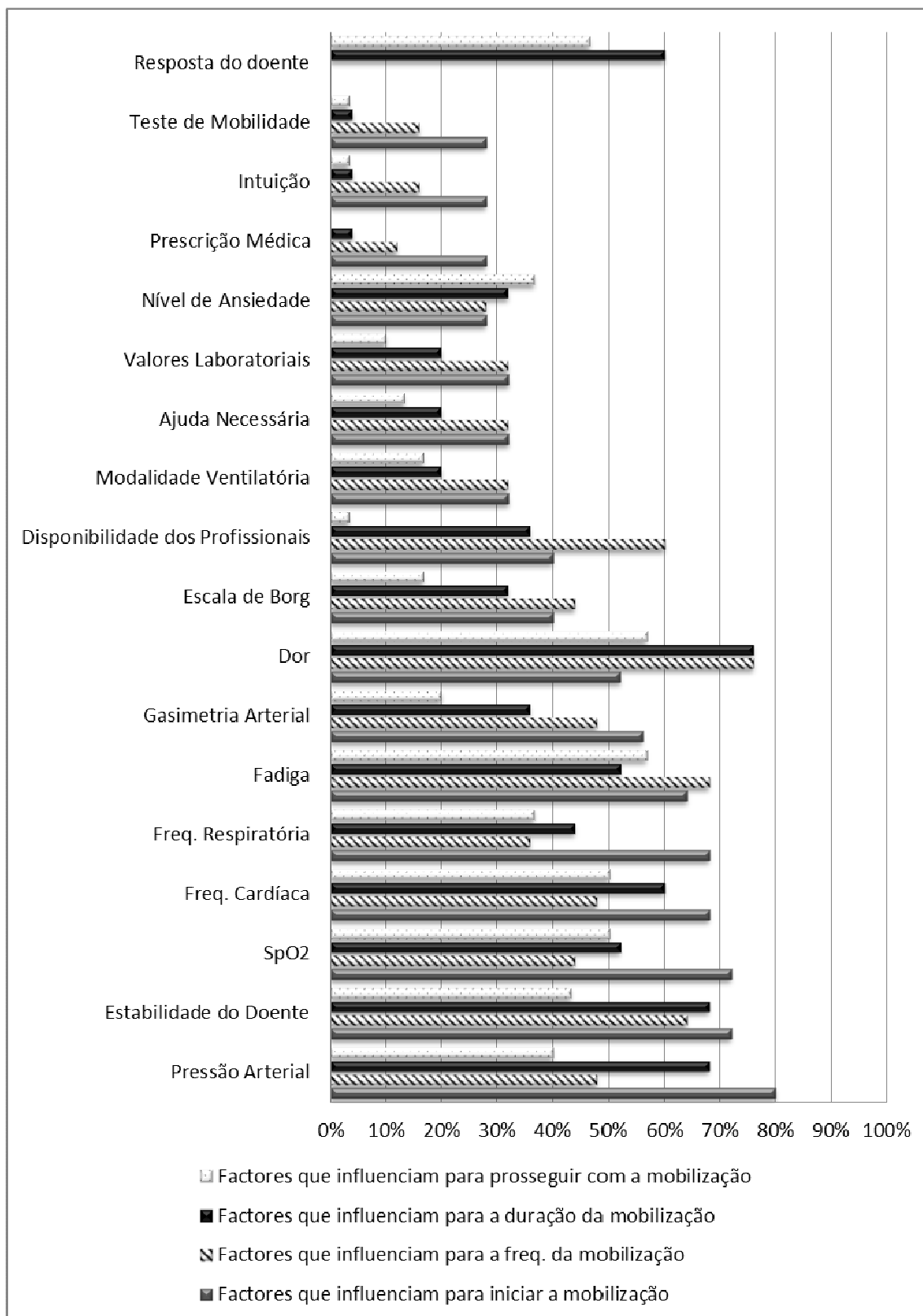
Altera a prescrição da mobilização no doente não Ventilado Mecanicamente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	não	11	36,7	47,8	47,8
	sim	12	40,0	52,2	100,0
	Total	23	76,7	100,0	
Missing	99	2	6,7		
	System	5	16,7		
	Total	7	23,3		
Total		30	100,0		

**ANEXO X – Factores referenciados como aqueles que influenciam na tomada de decisão, para o início, a frequência, a duração e para prosseguir com a mobilização, na UCI.**

## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Factores referidos como aqueles que influenciam na tomada de decisão, para o início, a frequência, a duração e para prosseguir com a mobilização, na UCI.



**ANEXO XI - Exercícios prescritos e executados na UCI e exercícios prescritos e executados na fase de desmame da Ventilação Mecânica.**



## Tomada de decisão para a mobilização precoce

Exercícios prescritos e executados na UCI e exercícios prescritos e executados na fase de desmame da Ventilação Mecânica.

